

§ 7b

Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine

(1) ¹ Die Pflegekasse hat dem Versicherten unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch oder des erklärten Bedarfs einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder weiterer Anträge auf Leistungen nach den §§ 36 bis 38a, 40 Absatz 1 und 4, den §§ 40b, 41 bis 43, 44a, 45, 45e, 87a Absatz 2 Satz 1 und § 115 Absatz 4 entweder

1. unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder
2. einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann; § 7a Absatz 4 Satz 5 ist entsprechend anzuwenden.

² Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeiten des individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären.“

³ Die Beratung richtet sich nach § 7a. ⁴ Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung in der häuslichen Umgebung stattzufinden und kann auch nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist durchgeführt werden; über diese Möglichkeiten hat ihn die Pflegekasse aufzuklären. ⁵ Die Sätze 1 bis 4 finden auch Anwendung bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen nach den §§ 39, 40 Absatz 2, § 45a Absatz 4 und § 45b.

(2) ¹ Die Pflegekasse hat sicherzustellen, dass die Beratungsstellen die Anforderungen an die Beratung nach § 7a einhalten. ² Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen mit unabhängigen und neutralen Beratungsstellen, die insbesondere Regelungen treffen für

1. die Anforderungen an die Beratungsleistung und die Beratungspersonen,
2. die Haftung für Schäden, die der Pflegekasse durch fehlerhafte Beratung entstehen, und
3. die Vergütung.

(2a) ¹ Sofern kommunale Gebietskörperschaften, von diesen geschlossene Zweckgemeinschaften oder nach Landesrecht zu bestimmende Stellen

1. für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe oder
2. für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch

Pflegeberatung im Sinne von § 7a erbringen, sind sie Beratungsstellen, bei denen Pflegebedürftige nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Beratungsgutscheine einlösen können; sie haben die Empfehlungen nach § 7a Absatz 3 Satz 3 zu berücksichtigen und die Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1a zu beachten. ² Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. ³ Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen mit den in Satz 1 genannten Stellen vertragliche Vereinbarungen über die Vergütung. ⁴ Für die Verarbeitung der Sozialdaten gilt § 7a Absatz 6 entsprechend.

(3) ¹ Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 dürfen personenbezogene Daten nur verarbeiten soweit dies für Zwecke der Beratung nach § 7a erforderlich ist und der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter eingewilligt hat. ² Zudem ist der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter zu Beginn der Beratung darauf hinzuweisen, dass die Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, entsprechend.

Der 14. Ausschuss begründet zum GVWG die Änderungen wie folgt:

Zur Überschrift

Die Überschrift wird an den Regelungsinhalt angepasst.

Zu Absatz 1

Zu Satz 1 – neu gefasst und Satz 2 – eingefügt

Die Aufzählung in § 7b Absatz 1 Satz 1 wird angepasst und um die hierin bislang noch nicht enthal-

tenen Leistungstatbestände (Wohngruppenzuschlag nach § 38a, Pflegehilfsmittel gemäß § 40 Absatz 1 (ohne zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel), Zuschüsse zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds gemäß § 40 Absatz 4, Einsatz digitaler Pflegeanwendungen gemäß § 40b und Anschubfinanzierung zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 45e) ergänzt.

Um den Wortlaut zu vereinheitlichen, wird der Begriff „Antragsteller“ durch den Begriff „Versicherten“ ersetzt. In den gesetzlichen Regelungen betreffend die Pflegeberatung wird dieser bereits überwiegend verwendet, vergleiche § 7a Absatz 2, Satz 3, § 7b Absatz 1 Satz 3 und § 7c Absatz 1 Satz 1. Die Aufnahme des erklärten Bedarfs einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit fasst den bisherigen Verweis auf § 18 Absatz 3 in eine klare Form. Ein formaler Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit wird von Seiten der Pflegebedürftigen nicht gestellt.

Ferner wird vorgeschrieben, dass beim Beratungsangebot ausdrücklich auch auf die Möglichkeiten des individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinzuweisen und über dessen Nutzen in nachvollziehbarer und leicht verständlicher Weise aufzuklären ist. Dadurch erhalten die Anspruchsberechtigten mehr Unterstützung bei der Klärung ihrer individuellen Fragen und der Einbindung der Leistungen in ihre individuelle Versorgung.

Zu Satz 5 – angefügt

Bei der Regelung der Pflicht zum Angebot einer Beratung sind die Kostenerstattungsansprüche im Rahmen des SGB XI bislang nicht mit aufgeführt. Dies hat den Hintergrund, dass es sich hierbei oftmals um monatlich wiederkehrend bezogene Leistungen handelt, bei denen regelmäßig Anträge auf Erstattung der jeweiligen Kosten gestellt werden, diese Anträge in der Mehrzahl der Fälle allerdings der reinen finanziellen Abwicklung dienen, ohne dass neue Fragen zu dem Anspruch oder seinen Besonderheiten aufgetreten sind. Insofern dient die bisherige Herausnahme dieser Kostenerstattungsansprüche aus der Regelung der Entlastung von unnötiger Bürokratie. Anders zu beurteilen sind jedoch Erstanträge auf diese Leistungen. Gerade bei den Ansprüchen auf Kostenerstattung im Rahmen des SGB XI oder dem Anspruch nach § 40 Absatz 2, der sowohl in Form einer Kostenerstattung als auch als Sachleistung erbracht werden kann, treten zu Beginn häufig Fragen auf, wofür der Anspruch genutzt werden kann, wie die Abwicklung funktioniert und gegebenenfalls, welche Besonderheiten zu beachten sind. Darüber hinaus handelt es sich gerade bei diesen Ansprüchen um Leistungen, die regelmäßig neben anderen Leistungen der Pflegeversicherung bezogen werden. Daher ist es relevant, wie der Anspruch in die Gesamtversorgung eingebunden wird. Bei einem Anspruch auf Kostenerstattung gilt zudem grundsätzlich, dass der Anspruchsberechtigte in Vorleistung geht und nachfolgend eine Erstattung erhält. Bei verschiedenen Ansprüchen wird häufig aber auch von den zivilrechtlichen Möglichkeiten der Abtretung, Stellvertretung oder Stundung Gebrauch gemacht oder es gibt in bestimmten Fällen verwaltungspraktische Vereinfachungen. Je nachdem, von welchen Möglichkeiten hier Gebrauch gemacht wird, gibt es dabei Vorteile und Nachteile, zu denen die Anspruchsberechtigten gegebenenfalls Informationen erhalten sollten. Vor diesem Hintergrund kann sich hier insbesondere die Möglichkeit eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a als nützlich erweisen.

Ähnliches gilt für den Anspruch auf Verhinderungspflege. Die Leistung wird zwar von ihrer Konzeption her nicht regelmäßig monatlich in Anspruch genommen, sondern adressiert bestimmte punktuelle Anlässe. Auch hier stellen sich die Fragen aber zumeist beim erstmaligen Leistungsbezug und der Anspruch wird danach in Kenntnis der hierbei zu beachtenden Besonderheiten in der Regel ohne besondere Schwierigkeiten gehandhabt.

Vorliegend wird daher normiert, dass die in § 7b getroffenen Regelungen ebenfalls Geltung erhalten für die jeweils erstmalige Beantragung der im neuen Satz 5 aufgeführten Leistungen (Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Verhinderungspflege, Umwandlungsanspruch und Entlastungsbetrag).

Davon unbeschadet bestehen Beratungsansprüche auch dann, wenn sich Änderungen bei der Inanspruchnahme der im neuen Satz 5 aufgeführten Leistungen ergeben.