Deutscher Bundestag **Drucksache 18/10510**

18. Wahlperiode 30.11.2016

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 18/9518, 18/9959, 18/10102 Nr. 19 –

Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)

b) zu dem Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 18/8725 –

Pflege teilhabeorientiert und wohnortnah gestalten

c) zu dem Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 18/9668 –

Pflege vor Ort gestalten - Bessere Bedingungen für eine nutzerorientierte Versorgung schaffen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

A. Problem

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung stellt fest, dass durch steigende Lebenserwartung und niedrige Geburtenraten die sozialen Sicherungssysteme und damit auch die gesetzliche Pflegeversicherung vor großen Herausforderungen stehen. Als erste Maßnahmen habe man mit dem Ersten und Zweiten Pflegestärkungsgesetz deshalb die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung ausgeweitet und flexibilisiert, einen Pflegevorsorgefonds eingerichtet sowie einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungssystem eingeführt. In einem dritten Schritt müssten nun die pflegerischen Strukturen auf kommunaler Ebene gestärkt werden und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in das Recht der Hilfe zur Pflege übertragen werden.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller konstatieren, dass seit Einführung der Pflegeversicherung die Marktregulierung das Steuerungsprinzip in der Pflege sei und die pflegerische Bedarfsplanung sowie der Vorrang von öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern vor privaten Anbietern faktisch abgeschafft worden seien. Zudem fehle eine regelgebundene Anpassung der Pflegesätze an die Kostenentwicklung. Durch die Teilkostendeckung, die Konkurrenz der Leistungsanbieter und die steigende Altersarmut müssten immer mehr Pflegebedürftige Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII in Anspruch nehmen. Inklusiv ausgestaltete kommunale und regionale Rahmenbedingungen würden gleichwertig hohe und bezahlbare Pflegequalität an allen Lebensorten sichern.

Zu Buchstabe c

Dem kommunalen Leistungsangebot für ältere, pflegebedürftige oder behinderte Menschen und ihre Familien stünden nach Auffassung der Antragsteller nur geringe Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten gegenüber. Auch durch das Dritte Pflegestärkungsgesetz erhielten die Kommunen keine Möglichkeiten, die örtlichen Angebotsstrukturen zu gestalten. Lediglich im Beratungsbereich würden ihre Kompetenzen erweitert.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung will mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz die pflegerischen Strukturen auf kommunaler Ebene stärken, da nur im engen Zusammenwirken von Bund, Ländern und Kommunen sowie mit Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen die Versorgung pflegebedürftiger Menschen und die Unterstützung ihrer Angehörigen auch künftig angemessen erfolgen könne. Außerdem soll mit dem Gesetz der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Recht der Hilfe zur Pflege umgesetzt werden.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 18/9518, 18/9959 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe b

Aus Sicht der Antragsteller müsse die Pflegeversicherung neu ausgerichtet werden, um gleichwertige Lebensbedingungen für Pflegebedürftige, eine bedarfsdeckende, qualitativ hochwertige Versorgung und gute Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten zu schaffen. Die finanzielle Ausstattung der Kommunen und der Pflegeversicherung müsse solidarisch ausgestaltet und mit der Einführung der Pflegevollversicherung begonnen werden. Um die öffentliche Steuerungshoheit für eine flächendeckende und bedarfsgerechte Pflegeversorgung zurückzugewinnen und Eckpunkte für eine verbindliche Pflegebedarfsplanung zu entwickeln bedarf es verbindlicher Entscheidungsrechte der Landespflegeausschüsse sowie des Qualitätsausschusses.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/8725 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller fordern, dass es Kommunen dauerhaft möglich sein solle, die Initiative bei der Pflegeberatung und -planung sowie bei der Vernetzung der Angebote zu ergreifen und die Koordination zu übernehmen, um ein effizientes Hilfenetz entstehen zu lassen und den Herausforderungen des demographischen Wandels nachzukommen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/9668 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu Buchstabe b

Annahme des Antrags.

Zu Buchstabe c

Annahme des Antrags.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

1. Bund, Länder und Kommunen

Für die kommunale Ebene und die Landesebene können Mehrbelastungen entstehen, wenn die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger vom Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten nach § 7c Absatz 1a SGB XI-E Gebrauch machen. Diese Mehrbelastungen sind abhängig von dem nach Landesrecht bestimmten Finanzierungsmodell für Pflegestützpunkte. Die Mehrbelastungen sind daher nicht bezifferbar.

Durch die Änderung der Vorschriften für die Hilfe zur Pflege im SGB XII ergeben sich für die öffentlichen Haushalte der Träger der Sozialhilfe Mehrausgaben in Höhe von rund 202 Millionen Euro im Einführungsjahr 2017 und 184 Millionen Euro jährlich in den Folgejahren. Demgegenüber werden die Träger der Hilfe zur

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Pflege durch die Leistungsausweitungen auf Grund des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes ab dem 1. Januar 2017 jährlich um 330 Millionen Euro entlastet. Mit dem allmählichen Auslaufen der Überleitungs- und Bestandsschutzkosten sinkt dieses jährliche Entlastungsvolumen auf 230 Millionen Euro.

Für die Träger des sozialen Entschädigungsrechts ergeben sich auf Bundes- und auf Landesebene im Rahmen der Leistungen der Kriegsopferfürsorge durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Erweiterung der Leistungen der Hilfe zur Pflege geringe, nicht bezifferbare Mehrausgaben gegenüber dem geltenden Recht.

2. Soziale Pflegeversicherung

Für die soziale Pflegeversicherung können sich Mehrausgaben von bis zu maximal 10 Millionen Euro jährlich ergeben, weil die Mittel nach § 45c SGB XI auf Grund der Vorschriften des § 45c Absatz 2 und 6 SGB XI-E besser ausgeschöpft werden können.

Aus der Neufassung der Abgrenzung der Leistungspflicht zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung ergeben sich im Bereich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen für die soziale Pflegeversicherung Mehrausgaben von rund 20 Millionen Euro jährlich.

Darüber hinaus könnten sich gegebenenfalls zusätzliche, aus der Neufassung der Abgrenzung der Leistungspflicht zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung entstehende geringfügige Mehrausgaben in nicht konkret bezifferbarer Höhe ergeben, die voraussichtlich 10 Millionen Euro jährlich nicht überschreiten.

Wenn die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger vom Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten nach § 7c Absatz 1a SGB XI-E Gebrauch machen, können durch die Verpflichtung zur finanziellen Beteiligung Kosten in geringer, nicht konkret bezifferbarer Höhe für die soziale Pflegeversicherung entstehen.

Den möglichen Ausgaben der kommunalen Stellen bei Übernahme der Beratungsaufgaben nach § 37 Absatz 3 SGB XI stehen entsprechende Einsparungen der sozialen Pflegeversicherung gegenüber. Diese möglichen Ausgaben bestimmen sich nach den Vorschriften zur Vergütung in § 37 Absatz 3 SGB XI.

3. Krankenversicherung

Für die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) im Bereich der HKP-Leistungen ist mit Mehraufwendungen der Krankenkassen in Höhe von rund 650 000 Euro jährlich zu rechnen.

Wenn kommunale Stellen vom Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten nach § 7c Absatz 1a SGB XI-E Gebrauch machen, können durch die Verpflichtung zur finanziellen Beteiligung Kosten für die Krankenversicherung entstehen. Diese Kosten sind abhängig von dem jeweiligen Finanzierungsmodell und sind daher nicht bezifferbar.

Zu den Buchstaben b und c

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand wurden nicht erörtert.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

E. Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

Bei der Berechnung des Erfüllungsaufwands sowie der Be- und Entlastungseffekte wurde der Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands des Statistischen Bundesamtes (Stand: Oktober 2012) zugrunde gelegt. Dies gilt insbesondere für die Ausführungen zu den Zeitwerten mit Hilfe von typisierenden Ex-ante-Angaben sowie für die Lohnkostentabellen der Wirtschaft (Wirtschaftsabschnitte O und Q) und der Verwaltung.

Zu den Buchstaben b und c

Der Erfüllungsaufwand wurde nicht erörtert.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Zu Buchstabe a

Soweit Pflegebedürftige erstmals einen Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege haben, entsteht für Bürgerinnen und Bürger ein Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 38 400 Euro und rund 12 000 Stunden im Rahmen ihrer Mitwirkungspflichten.

Zu den Buchstaben b und c

Der Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger wurde nicht erörtert.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Zu Buchstabe a

Für die Wirtschaft entstehen insgesamt eine einmalige Belastung in Höhe von rund 100 000 Euro sowie eine jährliche Belastung in Höhe von rund 210 000 Euro. Dem stehen insgesamt jährliche Entlastungen im Bereich der Pflegestatistik in Höhe von rund 150 000 Euro gegenüber. Im Saldo ergibt sich eine zusätzliche jährliche Belastung in Höhe von rund 60 000 Euro. Hinsichtlich der „One in, one out“-Regel der Bundesregierung kann dies durch einen Teil der Entlastungen aus dem Vierten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher Vorschriften kompensiert werden. Bei ausschließlicher Betrachtung der Bürokratiekosten aus Informationspflichten ergibt sich eine jährliche Entlastung in Höhe von rund 108 000 Euro.

Zu den Buchstaben b und c

Der Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft wurde nicht erörtert.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Zu Buchstabe a

Es entstehen durch die Vorgaben im SGB XI und in der Pflegestatistik-Verordnung insgesamt einmalige Belastungen in Höhe von rund 2 000 Euro für die Verwaltung des Bundes, rund 2 610 000 Euro für die Verwaltungen der Länder sowie rund 2 620 000 Euro für die Pflegeversicherung.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Jährliche Belastungen entstehen durch die Vorgaben im SGB XI und in der Pflegestatistik-Verordnung insgesamt in Höhe von rund 600 Euro für die Verwaltung des Bundes und von rund 14 800 Euro für die Verwaltungen der Länder. Für die Pflegekassen entsteht eine jährliche Entlastung in Höhe von rund 200 Euro.

Durch die Änderung von Vorschriften für die Hilfe zur Pflege (SGB XII) entsteht für die Träger der Sozialhilfe ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 284 000 Euro durch Pflegebedürftige, die erstmals Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten, sowie ein Umstellungsaufwand durch die Änderung der Leistungsbeträge im SGB XI in Höhe von rund 2 150 Euro je Träger der Sozialhilfe, soweit diese für Leistungen der Hilfe zur Pflege zuständig sind.

Der Erfüllungsaufwand für die Prüfungen des MDK im Bereich HKP nach dem SGB V beziffert sich nur für den MDK auf rund 655 000 Euro jährlich. Dieses ergibt sich aus den Kosten einer Prüfung (Personal- und Sachkosten) multipliziert mit der angenommenen Fallzahl. Die Prüfungen werden über die mitgliederbezogene Umlage (§ 281 SGB V) von den Krankenkassen finanziert.

Durch die gesetzliche Änderung des Medizinproduktegesetzes (Artikel 16) entstehen auf Landesebene ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von 320 Euro und eine jährliche Entlastung in Höhe von 120 Euro. Auf Bundesebene entsteht eine jährliche Belastung in Höhe von rund 10 500 Euro. Eine jährliche Entlastung findet in Höhe von 60 Euro statt.

Insgesamt entstehen also für den Bund rund 2 000 Euro einmaliger Erfüllungsaufwand und rund 11 000 Euro jährlicher Erfüllungsaufwand. Für die Länder entstehen insgesamt rund 2 890 000 Euro einmaliger Erfüllungsaufwand und rund 14 700 Euro jährlicher Erfüllungsaufwand. Für die Sozialversicherungen entstehen insgesamt rund 2 620 000 Euro einmaliger Erfüllungsaufwand und rund 655 000 Euro jährlicher Erfüllungsaufwand, der von den Krankenkassen finanziert wird (siehe Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand).

Zu den Buchstaben b und c

Der Erfüllungsaufwand für die Verwaltung wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Keine.

Zu den Buchstaben b und c

Weitere Kosten wurden nicht erörtert.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/9518, 18/9959 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;

b) den Antrag auf Drucksache 18/8725 abzulehnen;

c) den Antrag auf Drucksache 18/9668 abzulehnen.

Berlin, den 30. November 2016

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Edgar Franke
Vorsitzender

Erwin Rüddel
Berichterstatter

Mechthild Rawert
Berichterstatterin

Pia Zimmermann
Berichterstatterin

Elisabeth Scharfenberg
Berichterstatterin

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zusammenstellung

Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)
– Drucksachen 18/9518, 18/9959 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften	**Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften**
(Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)	**(Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)**
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	**Artikel 1**
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	**Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**
Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch die Artikel 1, 2 und 8 Absatz 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch die Artikel 1, 2 und 8 Absatz 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:	1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
a) Der Angabe zu § 7c wird ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.	a) unverändert
b) Die Angabe zu § 8a wird wie folgt gefasst:	b) unverändert
„§ 8a Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung“.	
c) Die Angabe zu § 10 wird wie folgt gefasst:	c) unverändert
„§ 10 Berichtspflichten des Bundes und der Länder“.	
d) Die Angabe zum Vierten Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:	d) unverändert

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„Vierter Titel	
Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen“.	
e) Die Angabe zu § 79 wird wie folgt gefasst:	e) unverändert
„§ 79 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen“.	
	f) In der Angabe zu § 97a werden die Wörter „und Prüfstellen“ gestrichen.
f) Nach der Angabe zu § 122 wird folgende Angabe eingefügt:	**g)** unverändert
„Dreizehntes Kapitel	
Befristete Modellvorhaben“.	
g) Die Angaben zu den §§ 123 und 124 werden wie folgt gefasst:	**h)** unverändert
„§ 123 Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, Verordnungsermächtigung	
§ 124 Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat“.	
h) Die Angaben zum bisherigen Dreizehnten, Vierzehnten und Fünfzehnten Kapitel werden die Angaben zum Vierzehnten, Fünfzehnten und Sechzehnten Kapitel.	**i)** unverändert
i) Die Angabe zum Zweiten Abschnitt des Sechzehnten Kapitels wird wie folgt gefasst:	**j)** unverändert
„Zweiter Abschnitt	
Sonstige Überleitungs-, Übergangs- und Besitzstandsschutzregelungen“.	
	1a. § 7 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 2 Satz 3 wird aufgehoben.
	b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
	„Zur Unterstützung der pflegebedürftigen Person bei der Ausübung ihres Wahlrechts nach § 2 Absatz 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse der antragstellenden Person auf Anforderung unverzüglich und in geeigneter Form eine Leistungs- und Preisvergleichsliste zu übermitteln; die Leistungs- und Preisvergleichsliste muss für den Einzugsbereich der antragstellenden Person, in dem die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll, die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a sowie Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers enthalten.“
	bb) Folgender Satz wird angefügt:
	„Die Landesverbände der Pflegekassen erarbeiten Nutzungsbedingungen für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung der Angaben nach Satz 1 durch Dritte; die Übermittlung der Angaben erfolgt gegen Verwaltungskostenersatz, es sei denn, es handelt sich bei den Dritten um öffentlich-rechtliche Stellen.“
	1b. In § 7a Absatz 4 Satz 4 wird vor dem Punkt ein Semikolon und werden die Wörter „§ 94 Absatz 1 Nummer 8 gilt entsprechend“ eingefügt.
2. Nach § 7b Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:	2. unverändert
„(2a) 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	

Vorabfassung wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
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. Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen mit den in Satz 1 genannten Stellen vertragliche Vereinbarungen über die Vergütung. Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Sozialdaten gilt § 7a Absatz 6 entsprechend.“	
3. § 7c wird wie folgt geändert:	3. § 7c wird wie folgt geändert:
a) Der Überschrift wird ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.	a) unverändert
b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:	b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:
„(1a) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch können bis zum 31. Dezember 2021 auf Grund landesrechtlicher Vorschriften von den Pflegekassen und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur Einrichtung *eines Pflegestützpunktes* verlangen. Ist in der Vereinbarung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes oder in den Rahmenverträgen nach Absatz 6 nichts anderes vereinbart, werden die Aufwendungen, die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlich sind, von den Trägern des Pflegestützpunktes zu gleichen Teilen unter Berücksichtigung der anrechnungsfähigen Aufwendungen für das eingesetzte Personal getragen.“	„(1a) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch **sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe** können bis zum 31. Dezember 2021 auf Grund landesrechtlicher Vorschriften von den Pflegekassen und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur Einrichtung **von Pflegestützpunkten** verlangen. Ist in der Vereinbarung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes oder in den Rahmenverträgen nach Absatz 6 nichts anderes vereinbart, werden die Aufwendungen, die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlich sind, von den Trägern des Pflegestützpunktes zu gleichen Teilen unter Berücksichtigung der anrechnungsfähigen Aufwendungen für das eingesetzte Personal getragen.“
c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	c) unverändert
aa) In Satz 1 Nummer 1 werden nach dem Wort „Hilfsangebote“ die Wörter „einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a“ eingefügt.	
bb) In Satz 6 Nummer 3 werden nach dem Wort „Organisationen“ die Wörter „sowie nicht gewerblichen, gemeinwohlorientierten Einrichtungen mit öffentlich zugänglichen Angeboten und insbesondere Selbsthilfe stärkender und	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
generationenübergreifender Ausrichtung in kommunalen Gebietskörperschaften“ eingefügt.	
d) Absatz 6 wird durch die folgenden Absätze 6 bis 8 ersetzt:	d) unverändert
„(6) Sofern die zuständige oberste Landesbehörde die Einrichtung von Pflegestützpunkten bestimmt hat, vereinbaren die Landesverbände der Pflegekassen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch und den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte. Bestandskräftige Rahmenverträge gelten bis zum Inkrafttreten von Rahmenverträgen nach Satz 1 fort. Die von der zuständigen obersten Landesbehörde getroffene Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sowie die Empfehlungen nach Absatz 9 sind beim Abschluss der Rahmenverträge zu berücksichtigen. In den Rahmenverträgen nach Satz 1 sind die Strukturierung der Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten sowie die Zuständigkeit insbesondere für die Koordinierung der Arbeit, die Qualitätssicherung und die Auskunftspflicht gegenüber den Trägern, den Ländern und dem Bundesversicherungsamt zu bestimmen. Ferner sollen Regelungen zur Aufteilung der Kosten unter Berücksichtigung der Vorschriften nach Absatz 4 getroffen werden. Die Regelungen zur Kostenaufteilung gelten unmittelbar für die Pflegestützpunkte, soweit in den Verträgen zur Errichtung der Pflegestützpunkte nach Absatz 1 nichts anderes vereinbart ist.	
(7) Die Landesregierungen werden ermächtigt, Schiedsstellen einzurichten. Diese setzen den Inhalt der Rahmenverträge nach Absatz 6 fest, sofern ein Rahmenvertrag nicht innerhalb der in der Rechtsverordnung nach Satz 6 zu bestimmenden Frist zustande kommt. Die Schiedsstelle besteht aus Vertretungen der Pflegekassen und der für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Für den Vorsitzenden und die unparteiischen	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Mitglieder können Stellvertretungen bestellt werden. § 76 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Frist, nach deren Ablauf die Schiedsstelle ihre Arbeit aufnimmt, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu regeln.	
(8) Abweichend von Absatz 7 können die Parteien des Rahmenvertrages nach Absatz 6 Satz 1 einvernehmlich eine unparteiische Schiedsperson und zwei unparteiische Mitglieder bestellen, die den Inhalt des Rahmenvertrages nach Absatz 6 innerhalb von sechs Wochen nach ihrer Bestellung festlegen. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.“	
e) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 9.	e) unverändert
4. § 8a wird wie folgt geändert:	4. § 8a wird wie folgt geändert:
a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:	a) unverändert
„§ 8a	
Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung“.	
b) Der Wortlaut wird Absatz 1.	b) unverändert
c) Die folgenden Absätze 2 bis 5 werden angefügt:	c) Die folgenden Absätze 2 bis 5 werden angefügt:
„(2) Sofern nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften ein Ausschuss zur Beratung über sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Versorgung von Pflegebedürftigen (sektorenübergreifender Landespflegeausschuss) eingerichtet worden ist, entsenden die Landesverbände der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften Vertreter in diesen Ausschuss und wirken an der *einvernehmlichen* Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit. Soweit erfor-	„(2) Sofern nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften ein Ausschuss zur Beratung über sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Versorgung von Pflegebedürftigen (sektorenübergreifender Landespflegeausschuss) eingerichtet worden ist, entsenden die Landesverbände der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften Vertreter in diesen Ausschuss und wirken an der Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit. Soweit erforderlich, ist eine

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
derlich, ist eine Abstimmung mit dem Landesgremium nach § 90a des Fünften Buches herbeizuführen.	Abstimmung mit dem Landesgremium nach § 90a des Fünften Buches herbeizuführen.
(3) Sofern nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften regionale Ausschüsse insbesondere zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung in Landkreisen und kreisfreien Städten eingerichtet worden sind, entsenden die Landesverbände der Pflegekassen Vertreter in diese Ausschüsse und wirken an der einvernehmlichen Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit.	(3) unverändert
(4) Die in den Ausschüssen nach den Absätzen 1 und 3 vertretenen Pflegekassen, Landesverbände der Pflegekassen sowie die sonstigen in Absatz 2 genannten Mitglieder wirken in dem jeweiligen Ausschuss an einer nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften vorgesehenen Erstellung und Fortschreibung von Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanungsempfehlung) mit. Sie stellen die hierfür erforderlichen Angaben bereit, soweit diese ihnen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben verfügbar sind und es sich nicht um personenbezogene Daten handelt. Die Mitglieder nach Satz 1 berichten den jeweiligen Ausschüssen nach den Absätzen 1 bis 3 insbesondere darüber, inwieweit diese Empfehlungen von den Landesverbänden der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausgesellschaften bei der Erfüllung der ihnen nach diesem und dem Fünften Buch übertragenen Aufgaben berücksichtigt wurden.	(4) unverändert
(5) Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 zur Weiterentwicklung der Versorgung sollen von den Vertragsparteien nach dem Siebten Kapitel beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und von den Vertragsparteien nach dem Achten Kapitel beim Abschluss der Vergütungsverträge einbezogen werden.“	(5) unverändert
5. § 10 wird wie folgt geändert:	5. unverändert
a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„§ 10	
Berichtspflichten des Bundes und der Länder“.	
b) Der Wortlaut wird Absatz 1.	
c) Folgender Absatz 2 wird angefügt:	
„(2) Die Länder berichten dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 30. Juni über Art und Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen im vorausgegangenen Kalenderjahr sowie über die mit dieser Förderung verbundenen durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen.“	
6. § 13 wird wie folgt geändert:	6. § 13 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „soweit dieses Buch nichts anderes bestimmt“ eingefügt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) Satz 3 *wird* durch die *folgenden Sätze* ersetzt*:*	bb) **In** Satz 3 **werden die Wörter „behinderte Menschen“** durch die **Wörter „Menschen mit Behinderungen“** ersetzt**.**
„Im häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 der Pflegebedürftigen gehen die Leistungen der Pflegeversicherung den Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch vor, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfelds gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflegeversicherung vor, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist. Die notwendige Hilfe in den Einrichtungen nach § 71 Absatz 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.“	**entfällt**
b) Absatz 3a wird aufgehoben.	b) u n v e r ä n d e r t
	c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„(4) Treffen Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe zusammen, vereinbaren mit Zustimmung des Leistungsberechtigten die zuständige Pflegekasse und der für die Eingliederungshilfe zuständige Träger,
	1. dass im Verhältnis zum Pflegebedürftigen der für die Eingliederungshilfe zuständige Träger die Leistungen der Pflegeversicherung auf der Grundlage des von der Pflegekasse erlassenen Leistungsbescheids zu übernehmen hat,
	2. dass die zuständige Pflegekasse dem für die Eingliederungshilfe zuständigen Träger die Kosten der von ihr zu tragenden Leistungen zu erstatten hat sowie
	3. die Modalitäten der Übernahme und der Durchführung der Leistungen sowie der Erstattung.
	Die bestehenden Wunsch- und Wahlrechte der Leistungsberechtigten bleiben unberührt und sind zu beachten. Die Ausführung der Leistungen erfolgt nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften. Soweit auch Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu erbringen sind, ist der für die Hilfe zur Pflege zuständige Träger zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe bis zum 1. Januar 2018 in einer Empfehlung Näheres zu den Modalitäten der Übernahme und der Durchführung der Leistungen sowie der Erstattung und zu der Beteiligung des für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägers. Die Länder, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Vereinigungen der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe auf Bundesebene sowie die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und

Vorabfassung wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen sind vor dem Beschluss anzuhören. Die Empfehlung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.“
	d) Nach Absatz 4 werden die folgenden Absätze 4a und 4b eingefügt:
	„(4a) Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte für ein Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe, bezieht der für die Durchführung eines Teilhabeplanverfahrens oder Gesamtplanverfahrens verantwortliche Träger mit Zustimmung des Leistungsberechtigten die zuständige Pflegekasse in das Verfahren beratend mit ein, um die Vereinbarung nach Absatz 4 gemeinsam vorzubereiten.
	(4b) Die Regelungen nach Absatz 3 Satz 3, Absatz 4 und 4a werden bis zum 1. Juli 2019 evaluiert.“
	6a. In § 15 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „Anlage 1“ durch die Angabe „Anlage 2“ ersetzt.
	6b. § 18 Absatz 6 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
	„Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder ein von der Pflegekasse beauftragter Gutachter hat der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch Übersendung des vollständigen Gutachtens unverzüglich mitzuteilen.“
7. § 28a Absatz 1 wird wie folgt geändert:	7. unverändert
a) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:	
„3. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a, ohne dass § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfüllt sein muss,“.	
b) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 7 eingefügt:	
„7. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44a,“.	
c) Die bisherige Nummer 7 wird Nummer 8.	

Vorabfassung wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
8. In § 34 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz werden die Wörter „§ 66 Absatz 4 Satz 2“ durch die Wörter „§ 63b Absatz 6 Satz 1“ ersetzt.	8. unverändert
9. In § 36 Absatz 4 Satz 1 werden nach den Wörtern „oder in einer Einrichtung“ die Wörter „oder in Räumlichkeiten“ eingefügt.	9. unverändert
10. § 37 wird wie folgt geändert:	10. § 37 wird wie folgt geändert:
a) *Nach* Absatz 3 *Satz 2* wird *folgender Satz eingefügt*:	a) Absatz 3 wird **wie folgt geändert**:
	aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
„Die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden sind bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen.“	unverändert
	bb) Im neuen Satz 6 wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 5“ ersetzt.
	cc) Im neuen Satz 7 werden die Wörter „Sätze 3 bis 5“ durch die Wörter „Sätze 4 bis 6“ ersetzt.
b) Absatz 8 wird wie folgt gefasst:	b) Absatz 8 wird wie folgt gefasst:
„(8) Die Beratungsbesuche nach Absatz 3 können auch von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern im Sinne des § 7a oder von *anerkannten* Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen, durchgeführt werden. *In diesen Fällen erfolgt keine Vergütung der Beratungsbesuche.* Absatz 4 findet entsprechende Anwendung. Die Inhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 5 sind zu beachten. *Die Anerkennung der Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften erfolgt in entsprechender Anwendung von Absatz 7.*“	„(8) Die Beratungsbesuche nach Absatz 3 können auch von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern im Sinne des § 7a oder von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen, durchgeführt werden. Absatz 4 findet entsprechende Anwendung. Die Inhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 5 sind zu beachten.“
	10a. In § 43 Absatz 1 wird das Komma und werden die Wörter „wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt“ gestrichen.
	10b. Dem § 43 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„Abweichend von Satz 1 übernimmt die Pflegekasse auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, soweit der nach Satz 2 gewährte Leistungsbetrag die in Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigt.“
11. Die Überschrift des Vierten Titels des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:	11. unverändert
„Vierter Titel	
Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen“.	
12. § 43a wird wie folgt gefasst:	12. § 43a wird wie folgt gefasst:
„§ 43a	„§ 43a
Inhalt der Leistung	Inhalt der Leistung
Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer *stationären* Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Absatz 2 genannten Aufwendungen 15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches vereinbarten Vergütung. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 266 Euro nicht überschreiten. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Neunten Buches erhalten. Wird für die Tage, an denen die Pflegebedürftigen im Sinne der Sätze 1 und 3 zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.“	Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer **vollstationären** Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Absatz 2 genannten Aufwendungen 15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches vereinbarten Vergütung. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 266 Euro nicht überschreiten. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Neunten Buches erhalten. Wird für die Tage, an denen die Pflegebedürftigen im Sinne der Sätze 1 und 3 zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.“
13. § 45b wird wie folgt geändert:	13. § 45b wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	a) unverändert

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„Der Anspruch auf den Entlastungsbetrag entsteht, sobald die in Absatz 1 Satz 1 genannten Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, ohne dass es einer vorherigen Antragstellung bedarf. Die Kostenerstattung in Höhe des Entlastungsbetrags nach Absatz 1 erhalten die Pflegebedürftigen von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 Satz 3 genannten Leistungen.“	
b) *Folgender Absatz* 3 *wird* angefügt:	b) **Die folgenden Absätze** 3 **und 4 werden** angefügt:
„(3) Der Entlastungsbetrag nach Absatz 1 Satz 1 findet bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Absatz 3 Satz 1 keine Berücksichtigung. § 63b Absatz 1 *Satz 3* des Zwölften Buches findet auf den Entlastungsbetrag keine Anwendung. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 darf der Entlastungsbetrag hinsichtlich der Leistungen nach § 64i oder § 66 des Zwölften Buches bei der Hilfe zur Pflege Berücksichtigung finden, soweit nach diesen Vorschriften Leistungen zu gewähren sind, deren Inhalte den Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 entsprechen.“	„(3) Der Entlastungsbetrag nach Absatz 1 Satz 1 findet bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Absatz 3 Satz 1 keine Berücksichtigung. § 63b Absatz 1 des Zwölften Buches findet auf den Entlastungsbetrag keine Anwendung. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 darf der Entlastungsbetrag hinsichtlich der Leistungen nach § 64i oder § 66 des Zwölften Buches bei der Hilfe zur Pflege Berücksichtigung finden, soweit nach diesen Vorschriften Leistungen zu gewähren sind, deren Inhalte den Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 entsprechen**.**
	(4) Die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummern 1 bis 4 verlangte Vergütung darf die Preise für vergleichbare Sachleistungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nicht übersteigen. Näheres zur Ausgestaltung einer entsprechenden Begrenzung der Vergütung, die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 durch nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verlangt werden darf, können die Landesregierungen in der Rechtsverordnung nach § 45a Absatz 3 bestimmen.“
14. § 45c wird wie folgt geändert:	14. § 45c wird wie folgt geändert:
	a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„Darüber hinaus fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 10 Millionen Euro je Kalenderjahr die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken nach Absatz 9; Satz 2 gilt entsprechend. Fördermittel nach Satz 3, die in dem jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen nach Satz 1; dadurch erhöht sich auch das in Absatz 2 Satz 2 genannte Gesamtfördervolumen entsprechend.“
	b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „Satz 1“ eingefügt.
a) Nach *Absatz 2* Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:	**bb)** Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
„Im Einvernehmen mit allen Fördergebern können Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften auch als Personal- oder Sachmittel eingebracht werden, sofern diese Mittel nachweislich ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den jeweiligen Förderzweck zu erreichen.“	u n v e r ä n d e r t
	c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „werden die“ die Wörter „nach Absatz 1 Satz 1 und 2 zur Verfügung stehenden“ eingefügt.
b) *Dem Absatz 6 werden die* folgenden Sätze angefügt:	**bb) Die** folgenden Sätze **werden** angefügt:
„Nach Satz 2 übertragene Mittel, die am Ende des Folgejahres nicht in Anspruch genommen worden sind, können für konkret *benannte Projekte* im darauf folgenden Jahr von Ländern beantragt werden, die im Jahr vor der Übertragung der Mittel nach Satz 2 mindestens 80 Prozent der auf sie nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel ausgeschöpft haben. Die Verausgabung der nach Satz 3 beantragten Fördermittel durch die Länder oder kommunalen Gebietskörperschaften darf sich für die benannten Projekte über einen Zeitraum von maximal drei Jahren erstrecken. Der Ausgleichsfonds sammelt die nach Satz 3 eingereichten Anträge	„Nach Satz 2 übertragene Mittel, die am Ende des Folgejahres nicht in Anspruch genommen worden sind, können für **Projekte, für die bis zum Stichtag nach Satz 5 mindestens Art, Region und geplante Förderhöhe** konkret **benannt werden,** im darauf folgenden Jahr von Ländern beantragt werden, die im Jahr vor der Übertragung der Mittel nach Satz 2 mindestens 80 Prozent der auf sie nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel ausgeschöpft haben. Die Verausgabung der nach Satz 3 beantragten Fördermittel durch die Län-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bis zum 30. April des auf das Folgejahr folgenden Jahres und *zahlt* anschließend die Mittel *aus*. Ist die Summe der bis zum 30. April beantragten Mittel insgesamt größer als der dafür vorhandene Mittelbestand, so werden die vorhandenen Mittel nach dem Königsteiner Schlüssel auf die beantragenden Länder verteilt. Nach dem 30. April eingehende Anträge werden in der Reihenfolge des Antragseingangs bearbeitet, bis die Fördermittel verbraucht sind. Fördermittel, die bis zum Ende des auf das Folgejahr folgenden Jahres nicht beantragt sind, verfallen.“	der oder kommunalen Gebietskörperschaften darf sich für die **entsprechend** benannten Projekte über einen Zeitraum von maximal drei Jahren erstrecken. Der Ausgleichsfonds sammelt die nach Satz 3 eingereichten Anträge bis zum 30. April des auf das Folgejahr folgenden Jahres und **stellt** anschließend **fest, in welchem Umfang** die Mittel **jeweils auf die beantragenden Länder entfallen**. **Die Auszahlung der Mittel für ein Projekt erfolgt, sobald für das Projekt eine konkrete Förderzusage durch das Land oder die kommunale Gebietskörperschaft vorliegt.** Ist die Summe der bis zum 30. April beantragten Mittel insgesamt größer als der dafür vorhandene Mittelbestand, so werden die vorhandenen Mittel nach dem Königsteiner Schlüssel auf die beantragenden Länder verteilt. Nach dem 30. April eingehende Anträge werden in der Reihenfolge des Antragseingangs bearbeitet, bis die Fördermittel verbraucht sind. Fördermittel, die bis zum Ende des auf das Folgejahr folgenden Jahres nicht beantragt sind, verfallen.“
	d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „Satz 1“ eingefügt.
c) In *Absatz 7* Satz 2 werden nach dem Wort „festzulegen,“ die Wörter „welchen Anforderungen die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- oder Sachmittel genügen muss und“ eingefügt.	**bb**) In Satz 2 werden nach dem Wort „festzulegen,“ die Wörter „welchen Anforderungen die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- oder Sachmittel genügen muss und“ eingefügt.
	e) In Absatz 9 Satz 1 wird nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „Satz 3“ eingefügt und wird das Wort „auch“ gestrichen.
	14a. § 51 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 1 wird nach dem Wort „unverzüglich“ das Wort „elektronisch“ eingefügt.
	b) In Satz 2 wird das Wort „die“ durch die Wörter „sobald diese“ ersetzt und werden nach dem Wort „sechs“ die Wörter „insgesamt vollen“ eingefügt.
	c) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

Vorabfassung, wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„Das Bundesversicherungsamt und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. haben bis zum 31. Dezember 2017 Näheres über das elektronische Meldeverfahren zu vereinbaren.“
	14b. In § 53b Absatz 2 Nummer 2 werden die Wörter „einer Pflegestufe“ durch die Wörter „einem Pflegegrad“ ersetzt.
15. § 71 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:	15. § 71 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
„(4) Keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2 sind	„(4) Keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2 sind
1. stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung oder zur sozialen Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker Menschen oder von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen,	1. unverändert
2. Krankenhäuser sowie	2. unverändert
	3. Räumlichkeiten,
3. Räumlichkeiten, in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht *und auf deren Überlassung das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet.“*	**a)** in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht**,**
	b) auf deren Überlassung das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet und
	c) in denen der Umfang der Gesamtversorgung der dort wohnenden Menschen mit Behinderungen durch Leistungserbringer regelmäßig einen Umfang erreicht, der weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht; bei einer Versorgung der Menschen mit Behinderungen sowohl in Räumlichkeiten im Sinne der Buchstaben a und b als auch in Einrichtungen im Sinne der Nummer 1 ist eine Gesamtbetrachtung anzustellen, ob der Umfang der Versorgung durch Leis-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	tungserbringer weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht.
	Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, spätestens bis zum 1. Juli 2019 Richtlinien zur näheren Abgrenzung, wann die in Satz 1 Nummer 3 Buchstabe c genannten Merkmale vorliegen und welche Kriterien bei der Prüfung dieser Merkmale mindestens heranzuziehen sind. Die Richtlinien nach Satz 2 sind im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene zu beschließen; die Länder, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sind zu beteiligen. Für die Richtlinien nach Satz 2 gilt § 17 Absatz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Genehmigung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erteilt und die Genehmigung als erteilt gilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden.“
	15a. In § 72 Absatz 2 Satz 1 werden nach der Angabe „(§ 71 Abs. 1 und 2)“ die Wörter „einschließlich für einzelne, eingestreute Pflegeplätze“ eingefügt und werden nach dem Wort „kann“ ein Komma und die Wörter „insbesondere zur Sicherstellung einer quartiersnahen Unterstützung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen,“ eingefügt.
16. § 75 *Absatz 2 Satz 1* wird wie folgt geändert:	16. § 75 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:
a) In Nummer 2 werden nach dem Wort „einschließlich“ die Wörter „der Vertragsvoraussetzungen und der Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung,“ eingefügt.	**aa**) unverändert
b) Nummer 7 wird wie folgt gefasst:	**bb**) unverändert

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„7. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen,“.	
c) In Nummer 9 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	**cc**) u n v e r ä n d e r t
d) *Folgende Nummer* 10 *wird* angefügt:	**dd**) **Die folgenden Nummern** 10 **und 11 werden** angefügt:
„10. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für die Zahlung einer ortsüblichen Vergütung an die Beschäftigten nach § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2.“	„10. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für die Zahlung einer ortsüblichen Vergütung an die Beschäftigten nach § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2**,**
	11. die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise bei den Vergütungsverhandlungen.“
	b) In Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 wird das Wort „sozialen“ gestrichen.
17. § 79 wird wie folgt geändert:	17. u n v e r ä n d e r t
a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:	
„§ 79	
Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen“.	
b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:	
„(4) Die Landesverbände der Pflegekassen können eine Abrechnungsprüfung selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige durchführen lassen, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung fehlerhaft abrechnet. Die Abrechnungsprüfung bezieht sich	
1. auf die Abrechnung von Leistungen, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden, sowie	
2. auf die Abrechnung der Leistungen für Unterkunft und Verpflegung (§ 87).	
Für die Abrechnungsprüfung sind Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie die Absätze 2 und 3 entsprechend anzuwenden.“	
	17a. § 84 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	aa) In Satz 4 werden nach dem Wort „erfüllen“ die Wörter „unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos“ angefügt.
	bb) In Satz 5 werden nach dem Wort „Bezahlung“ die Wörter „von Gehältern bis zur Höhe“ eingefügt.
	cc) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:
	„Für eine darüber hinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes.“
	b) In Absatz 7 Satz 1 werden die Wörter „der Beschäftigten nach tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechenden Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen“ durch die Wörter „von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen“ ersetzt.
	17b. § 85 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Absatz 3 Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:
	„Dabei sind insbesondere die in der Pflegesatzverhandlung geltend gemachten voraussichtlichen Personalkosten einschließlich entsprechender Erhöhungen im Vergleich zum bisherigen Pflegesatzzeitraum vorzuweisen.“
	b) In Absatz 5 Satz 1 wird nach dem Wort „unverzüglich“ ein Komma und werden die Wörter „in der Regel binnen drei Monaten,“ eingefügt.
	17c. § 89 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 3 werden nach dem Wort „erfüllen“ die Wörter „unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos“ angefügt.
	b) In Satz 4 werden nach dem Wort „Bezahlung“ die Wörter „von Gehältern bis zur Höhe“ eingefügt.
	c) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

Vorabfassung - wird durch die elektronische Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„Für eine darüber hinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes."
	17d. § 94 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	a) In Nummer 6 wird nach dem Wort „Wirtschaftlichkeit" ein Komma und werden die Wörter „der Abrechnung" eingefügt.
	b) In Nummer 7 werden die Wörter „über Leistungen der Prävention und Teilhabe sowie über die Leistungen und Hilfen zur Pflege sowie über deren Erbringer" gestrichen.
	17e. In § 95 Absatz 1 Nummer 1 wird nach dem Wort „Wirtschaftlichkeit" ein Komma und werden die Wörter „der Abrechnung" eingefügt.
	17f. § 97a wird wie folgt geändert:
	a) In der Überschrift werden die Wörter „und Prüfstellen" gestrichen.
	b) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „sowie Sachverständige und Prüfinstitutionen im Sinne des § 114 Abs. 4 Satz 2" gestrichen.
	17g. In § 97d Absatz 2 Satz 1 und 2 wird das Wort „Rehabilitationsempfehlung" jeweils durch die Wörter „Präventions- und Rehabilitationsempfehlung" ersetzt.
18. In § 106a Satz 1 werden die Wörter „sowie beauftragte Pflegefachkräfte" durch ein Komma und die Wörter „beauftragte Pflegefachkräfte sowie Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften" ersetzt.	18. unverändert
	19. § 109 wird wie folgt geändert:
19. In *§ 109* Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 werden nach dem Wort „Wohnort*,"* die Wörter „Postleitzahl des Wohnorts vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung," eingefügt.	**a)** In Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 **wird das Wort „betreute" gestrichen und** werden nach dem Wort „Wohnort**"** die Wörter „Postleitzahl des Wohnorts vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung," eingefügt.
	b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
	„Die Verordnung nach Absatz 1 Satz 1 hat sicherzustellen, dass die Pflegeeinrichtungen diesen Auskunftsverpflichtungen gemeinsam mit der Auskunftsverpflichtung nach Absatz 1 durch eine einheitliche Auskunftserteilung nachkommen können."

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	19a. In § 113a Absatz 4 Satz 1 wird nach dem Wort „Expertenstandards“ ein Komma und werden die Wörter „mit Ausnahme der Kosten für die qualifizierte Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6,“ eingefügt.
20. § 113b wird wie folgt geändert:	20. § 113b wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „115 Absatz 1a und § 115a Absatz 1 und 2“ durch die Wörter „115 Absatz 1a und 1c sowie § 115a Absatz 1 und 2“ ersetzt.
a) In Absatz 2 Satz 9 wird das Wort „beratend“ gestrichen.	**b)** unverändert
b) Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 wird wie folgt gefasst:	**c)** unverändert
„6. bis zum 31. März 2018 ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln und zu erproben, insbesondere Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung sowie für eine angemessene Qualitätsberichterstattung zu entwickeln und ihre Eignung zu erproben.“	
c) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:	**d)** unverändert
aa) In Nummer 9 werden nach dem Wort „Gesetz“ die Wörter „einschließlich der Erstattung von Reisekosten nach § 118 Absatz 1 Satz 6“ eingefügt.	
bb) In Nummer 10 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „sowie für die Erstattung von Reisekosten nach § 118 Absatz 1 Satz 6; die Kosten können auch den Kosten der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 zugerechnet werden“ eingefügt.	
	e) Nach Absatz 7 wird folgender Absatz 8 eingefügt:
	„(8) Die Vertragsparteien nach § 113 sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen unverzüglich Auskunft über den Stand der Bearbeitung der mit gesetzlichen Fristen versehenen Aufgaben nach Absatz 1 Satz 2 und über den Stand der Auftragserteilung und Bearbeitung der nach Absatz 4 zu erteilenden Aufträge sowie über erforderliche besondere Maßnahmen zur Einhaltung der gesetzlichen Fristen zu geben. Die

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 15. Januar 2017 einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung der mit gesetzlichen Fristen versehenen Aufgaben nach Absatz 1 Satz 2 und der Aufträge nach Absatz 4 vor, aus dem einzelne Umsetzungsschritte erkennbar sind. Der Zeitplan ist durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Die Vertragsparteien nach § 113 sind verpflichtet, das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich zu informieren, wenn absehbar ist, dass ein Zeitziel des Zeitplans nicht eingehalten werden kann. In diesem Fall kann das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einzelne Umsetzungsschritte im Wege der Ersatzvornahme selbst vornehmen.“
	f) Der bisherige Absatz 8 wird Absatz 9.
	20a. § 113c wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ durch die Wörter „des ab dem 1. Januar 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ ersetzt.
	b) Absatz 2 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
	„Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene wirken beratend mit. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit.“
21. § 114 Absatz 2 wird wie folgt geändert:	21. unverändert
a) In Satz 5 wird nach der Angabe „(§ 87)“ das Komma durch das Wort „und“ ersetzt und werden nach der Angabe „(§ 88)“ die Wörter	

Vorabfassung, wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„und der nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege“ gestrichen.	
b) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:	
„Auch die nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind in die Regelprüfung einzubeziehen, unabhängig davon, ob von der Pflegeversicherung Leistungen nach § 36 erbracht werden.“	
c) Im neuen Satz 7 wird das Wort „Sie“ durch die Wörter „Die Regelprüfung“ ersetzt.	
	21a. § 114a wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 3 wird das Wort „drohender“ durch das Wort „dringender“ ersetzt.
	bb) In Satz 4 werden die Wörter „des Pflegebedürftigen auch in dessen“ durch die Wörter „der von dem Pflegedienst versorgten Person auch in deren“ ersetzt.
	b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
	„(3) Die Prüfungen beinhalten auch Inaugenscheinnahmen des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von durch die Pflegeeinrichtung versorgten Personen. Zum gesundheitlichen und pflegerischen Zustand der durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einbezogenen Personen können sowohl diese Personen selbst als auch Beschäftigte der Pflegeeinrichtungen, Betreuer und Angehörige sowie Mitglieder der heimrechtlichen Interessenvertretungen der Bewohnerinnen und Bewohner befragt werden. Bei der Beurteilung der Pflegequalität sind die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme von Personen nach Satz 1 und Befragungen der Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen sowie der durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einbezogenen Personen, ihrer Angehörigen und der vertretungsberechtigten Personen angemessen zu berücksichtigen. Die Teilnahme an Inaugenscheinnahmen und Befragungen ist freiwillig. Durch die Ablehnung dürfen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	keine Nachteile entstehen. Einsichtnahmen in Pflegedokumentationen, Inaugenscheinnahmen von Personen nach Satz 1 und Befragungen von Personen nach Satz 2 sowie die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einbezogenen Personen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts bedürfen der Einwilligung der betroffenen Personen.“
	c) Absatz 3a wird wie folgt geändert:
	aa) Dem Wortlaut werden die folgenden Sätze vorangestellt:
	„Die Pflegeeinrichtungen haben im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht nach § 114 Absatz 1 Satz 4 insbesondere die Namen und Kontaktdaten der von ihnen versorgten Personen an die jeweiligen Prüfer weiterzuleiten. Die Prüfer sind jeweils verpflichtet, die durch Inaugenscheinnahme nach Absatz 3 Satz 1 in die Qualitätsprüfung einzubeziehenden Personen vor der Durchführung der Qualitätsprüfung in verständlicher Weise über die für die Einwilligung in die Prüfhandlungen nach Absatz 3 Satz 6 wesentlichen Umstände aufzuklären. Ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die die durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einzubeziehende Person in Textform erhält. Die Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen, dass die durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einzubeziehende Person ihre Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann.“
	bb) Im neuen Satz 5 werden die Wörter „nach Absatz 2 oder 3“ durch die Wörter „nach Absatz 2 oder Absatz 3 kann erst nach Bekanntgabe der Einbeziehung der in Augenschein zu nehmenden Person in die Qualitätsprüfung erklärt werden und“ ersetzt und werden nach dem Wort „Weise“ die Wörter „gegenüber den Prüfern“ eingefügt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	cc) Der neue Satz 6 wird wie folgt gefasst:
	„Ist die durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einzubeziehende Person einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, wobei dieser nach Maßgabe der Sätze 2 bis 4 aufzuklären ist.“
	dd) Im neuen Satz 7 werden nach dem Wort „genügt“ die Wörter „nach einer den Maßgaben der Sätze 2 bis 4 entsprechenden Aufklärung durch die Prüfer“ eingefügt.
	ee) Im neuen Satz 8 werden nach dem Wort „Einwilligung“ die Wörter „oder Nichteinwilligung“ eingefügt.
	21b. Nach § 115 Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:
	„(1c) Die Landesverbände der Pflegekassen haben Dritten für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung die Daten, die nach den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach Absatz 1a der Darstellung der Qualität zu Grunde liegen, sowie rückwirkend zum 1. Januar 2017 ab dem 1. April 2017 die Daten, die nach den nach § 115a übergeleiteten Pflege-Transparenzvereinbarungen der Darstellung der Qualität bis zum Inkrafttreten der Qualitätsdarstellungsvereinbarungen zu Grunde liegen, auf Antrag in maschinen- und menschenlesbarer sowie plattformunabhängiger Form zur Verarbeitung und Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen. Das Nähere zu der Übermittlung der Daten an Dritte, insbesondere zum Datenformat, zum Datennutzungsvertrag, zu den Nutzungsrechten und den Pflichten des Nutzers bei der Verwendung der Daten, bestimmen die Vertragsparteien nach § 113 bis zum 31. März 2017 in Nutzungsbedingungen, die dem Datennutzungsvertrag unabdingbar zu Grunde zu legen sind. Mit den Nutzungsbedingungen ist eine nicht missbräuchliche, nicht wettbewerbsverzerrende und manipulationsfreie Verwendung der Daten sicherzustellen. Der Dritte hat zu gewährleisten, dass die Herkunft der Daten für die Endverbraucherin oder den Endverbraucher transparent bleibt. Dies gilt insbesondere, wenn eine Verwendung

Vorabfassung wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	der Daten in Zusammenhang mit anderen Daten erfolgt. Für die Informationen nach Absatz 1b gelten die Sätze 1 bis 4 entsprechend. Die Übermittlung der Daten erfolgt gegen Ersatz der entstehenden Verwaltungskosten, es sei denn, es handelt sich bei den Dritten um öffentlich-rechtliche Stellen. Die entsprechenden Aufwendungen sind von den Landesverbänden der Pflegekassen nachzuweisen.“
22. § 118 Absatz 1 *Satz 3* wird *durch die folgenden Sätze ersetzt*:	22. § 118 Absatz 1 wird **wie folgt geändert**:
	a) In Satz 1 Nummer 2 werden nach den Wörtern „sowie der“ die Wörter „Vereinbarungen und Beschlüsse nach § 113c und der“ eingefügt.
	b) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Bei den durch den Qualitätsausschuss nach § 113b zu treffenden Entscheidungen erhalten diese Organisationen das Recht, Anträge zu stellen. Der Qualitätsausschuss nach § 113b hat über solche Anträge in der nächsten Sitzung zu beraten. Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden. Ehrenamtlich Tätige, die von den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach Maßgabe einer auf Grund des Absatzes 2 erlassenen Verordnung in die Gremien des Qualitätsausschusses nach § 113b entsandt werden, damit sie dort die in den Sätzen 1 und 3 genannten Rechte dieser Organisationen wahrnehmen, haben Anspruch auf Erstattung der Reisekosten, die ihnen durch die Entsendung entstanden sind. Das Nähere zur Erstattung der Reisekosten regeln die Vereinbarungspartner in der Geschäftsordnung nach § 113b Absatz 7.“	unverändert
	22a. Dem § 121 wird folgender Absatz 4 angefügt:
	„(4) Die für die Verfolgung und Ahndung der Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 Nummer 1 und 6 zuständige Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a oder Absatz 2 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten kann die zur Ermittlung des Sachverhalts erforderlichen Auskünfte, auch elektronisch und als elektronisches Dokument, bei den nach § 51 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 Meldepflichtigen einholen. Diese sollen bei der Ermittlung des

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Sachverhalts mitwirken. Sie sollen insbesondere ihnen bekannte Tatsachen und Beweismittel angeben. Eine weitergehende Pflicht, bei der Ermittlung des Sachverhalts mitzuwirken, insbesondere eine Pflicht zum persönlichen Erscheinen oder zur Aussage, besteht nur, soweit sie durch Rechtsvorschrift besonders vorgesehen ist.“
23. Nach § 122 wird folgende Überschrift eingefügt:	23. unverändert
„Dreizehntes Kapitel	
Befristete Modellvorhaben“.	
24. Die §§ 123 und 124 werden wie folgt gefasst:	24. Die §§ 123 und 124 werden wie folgt gefasst:
„§ 123	„§ 123
Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, Verordnungsermächtigung	Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, Verordnungsermächtigung
(1) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch können Modellvorhaben zur Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen für ihren Zuständigkeitsbereich bei der zuständigen obersten Landesbehörde beantragen. Sofern sich die Zuständigkeit des jeweiligen Trägers der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch auf mehrere Kreise erstreckt, soll sich das Modellvorhaben auf einen Kreis oder eine kreisfreie Stadt beschränken. Für Stadtstaaten, *in denen sich* die *Zuständigkeit nicht auf einzelne Bezirke bezieht*, ist das Modellvorhaben auf jeweils einen *Stadtteil* zu beschränken. Die Modellvorhaben umfassen insbesondere die Übernahme folgender Aufgaben durch eigene Beratungsstellen:	(1) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch können Modellvorhaben zur Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen für ihren Zuständigkeitsbereich bei der zuständigen obersten Landesbehörde beantragen**, sofern dies nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften vorgesehen ist**. **Ist als überörtlicher Träger für die Hilfe zur Pflege durch landesrechtliche Vorschriften das Land bestimmt, können die örtlichen Träger der Sozialhilfe, die im Auftrag des Landes die Hilfe zur Pflege durchführen, Modellvorhaben nach Satz 1 beantragen.** Sofern sich die Zuständigkeit des jeweiligen Trägers der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch auf mehrere Kreise erstreckt, soll sich das Modellvorhaben auf einen Kreis oder eine kreisfreie Stadt beschränken. Für Stadtstaaten, die **nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen**, ist das Modellvorhaben auf jeweils einen **Stadtbezirk** zu beschränken. Die Modellvorhaben umfassen insbesondere die Übernahme folgender Aufgaben durch eigene Beratungsstellen:
1. die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c,	1. unverändert
2. die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 und	2. unverändert

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. Pflegekurse nach § 45.	3. unverändert
Die §§ 7a bis 7c, 17 Absatz 1a, § 37 Absatz 3 Satz 1, 2, *5* erster Halbsatz, Satz *6 erster Halbsatz* und Absatz 4 sowie § 45 gelten entsprechend. In den Modellvorhaben ist eine Zusammenarbeit bei der Beratung nach Satz *4* Nummer 1 und 2 insbesondere mit der Beratung zu Leistungen der Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch und der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch sowie mit der Beratung zu Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, zur rechtlichen Betreuung, zu behindertengerechten Wohnangeboten, zum öffentlichen Nahverkehr und zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements sicherzustellen.	Die §§ 7a bis 7c, **§** 17 Absatz 1a, § 37 Absatz 3 Satz 1, 2, **3, 6** erster Halbsatz, Satz **7** und Absatz 4 sowie § 45 gelten entsprechend. In den Modellvorhaben ist eine Zusammenarbeit bei der Beratung nach Satz **5** Nummer 1 und 2 insbesondere mit der Beratung zu Leistungen der Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch und der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch sowie mit der Beratung zu Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, zur rechtlichen Betreuung, zu behindertengerechten Wohnangeboten, zum öffentlichen Nahverkehr und zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements sicherzustellen.
(2) Dem Antrag nach Absatz 1 ist ein Konzept beizufügen, wie die Aufgaben durch die Beratungsstellen wahrgenommen werden und mit welchen eigenen sächlichen, personellen und finanziellen Mitteln die Beratungsstellen ausgestattet werden. Eine Zusammenarbeit mit den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, ist anzustreben und im Konzept nachzuweisen. Das Nähere zu den Anforderungen an Beratungsstellen und an die Anträge nach Absatz 1 sowie zum Widerruf einer Genehmigung nach § 124 Absatz 2 Satz 1 ist bis zum 31. Dezember 2018 durch landesrechtliche Vorschriften zu regeln.	(2) Dem Antrag nach Absatz 1 ist ein Konzept beizufügen, wie die Aufgaben durch die Beratungsstellen wahrgenommen werden und mit welchen eigenen sächlichen, personellen und finanziellen Mitteln die Beratungsstellen ausgestattet werden. Eine Zusammenarbeit mit den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, ist anzustreben und im Konzept nachzuweisen. Das Nähere**, insbesondere** zu den Anforderungen an **die** Beratungsstellen und an die Anträge nach Absatz 1 sowie zum Widerruf einer Genehmigung nach § 124 Absatz 2 Satz 1**,** ist bis zum 31. Dezember 2018 durch landesrechtliche Vorschriften zu regeln.
(3) Die zuständige oberste Landesbehörde kann höchstens so viele Modellvorhaben genehmigen, wie ihr nach dem Königsteiner Schlüssel für das Jahr 2017 bei einer Gesamtzahl von insgesamt 60 Modellvorhaben zustehen. Der Antrag kann genehmigt werden, wenn die Anforderungen nach den Absätzen 1 und 2 in Verbindung mit den landesrechtlichen Vorgaben im Sinne des Absatzes 2 Satz 3 erfüllt sind. Die Länder insgesamt sollen bei der Genehmigung sicherstellen, dass *bei der* Hälfte *der* bewilligten Modellvorhaben keine mehrjährigen Erfahrungen in strukturierter Zusammenarbeit in der Beratung *vorhanden sind*. Länder, die die ihnen zustehenden Modellvorhaben nicht nutzen wollen, *können diese* im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit *an andere Länder abtreten*.	(3) Die zuständige oberste Landesbehörde kann höchstens so viele Modellvorhaben genehmigen, wie ihr nach dem Königsteiner Schlüssel **der** für das Jahr 2017 **im Bundesanzeiger veröffentlicht ist,** bei einer Gesamtzahl von insgesamt 60 Modellvorhaben zustehen. Der Antrag kann genehmigt werden, wenn die Anforderungen nach den Absätzen 1 und 2 in Verbindung mit den landesrechtlichen Vorgaben im Sinne des Absatzes 2 Satz 3 erfüllt sind. **Den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene und den Landesverbänden der Pflegekassen ist zu jedem Antrag vor der Genehmigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.** Die Länder insgesamt sollen bei der Genehmigung sicherstellen, dass **die** Hälfte **aller** bewilligten Modellvorhaben **durch Antragsteller nach Absatz 1 durchgeführt wird, die** keine mehrjährigen Erfahrungen in strukturierter Zusammenarbeit in der Beratung **aufweisen**. Länder, die **innerhalb der in Absatz**

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	2 Satz 3 genannten Frist keine landesrechtlichen Regelungen getroffen haben oder die **die** ihnen zustehenden Modellvorhaben nicht nutzen wollen, **treten die ihnen zustehenden Modellvorhaben an andere Länder ab. Die Verteilung der nicht in Anspruch genommenen Modellvorhaben auf die anderen Länder wird von den Ländern** im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit **bestimmt**.
(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt nach Anhörung der kommunalen Spitzenverbände sowie der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und ihrer Angehörigen sowie des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Das Bundesministerium für Gesundheit trifft seine Entscheidung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.	(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt nach Anhörung der kommunalen Spitzenverbände sowie der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und ihrer Angehörigen sowie des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Die Empfehlungen **sind bis zum 30. Juni 2017 vorzulegen und** bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Das Bundesministerium für Gesundheit trifft seine Entscheidung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. **Zur Begleitung der Modellvorhaben eines Landes kann die oberste Landesbehörde einen Beirat einrichten, der insbesondere aus den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene und den Landesverbänden der Pflegekassen besteht. Aufgaben des Beirates sind insbesondere, die oberste Landesbehörde bei der Klärung fachlicher und verfahrensbezogener Fragen zu beraten, sowie der Austausch der Mitglieder untereinander über die Unterstützung der Modellvorhaben in eigener Zuständigkeit.**
(5) Ist ein Antrag nach Absatz 3 Satz 2 genehmigt, trifft der Antragsteller mit den Landesverbänden der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich eine Vereinbarung	(5) Ist ein Antrag nach Absatz 3 Satz 2 genehmigt, trifft der Antragsteller mit den Landesverbänden der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich eine Vereinbarung
1. zur Zusammenarbeit,	1. unverändert
2. zur Einbeziehung bestehender Beratungs- und Kursangebote,	2. unverändert
3. zu Nachweis- und Berichtspflichten gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen,	3. unverändert
4. zum Übergang der Beratungsaufgaben auf die Beratungsstellen nach Absatz 1 Satz *4*,	4. zum Übergang der Beratungsaufgaben auf die Beratungsstellen nach Absatz 1 Satz **5**,

Vorabfassung - wird durch die elektronische Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
5. zur Haftung für Schäden, die den Pflegekassen durch fehlerhafte Beratung entstehen, und	5. unverändert
6. zur Beteiligung der Pflegekassen mit sächlichen, personellen und finanziellen Mitteln.	6. unverändert
Der Beitrag der Pflegekassen darf den Aufwand nicht übersteigen, der entstehen würde, wenn sie die Aufgaben selbst erbringen würden. Die Landesregierungen werden ermächtigt, Schiedsstellen entsprechend § 7c Absatz 7 Satz 1 bis 4 einzurichten und eine Rechtsverordnung entsprechend § 7c Absatz 7 Satz 5 zu erlassen. Abweichend von Satz *3* können die Parteien der Vereinbarung nach Satz 1 einvernehmlich eine unparteiische Schiedsperson und zwei unparteiische Mitglieder bestellen, die den Inhalt der Vereinbarung nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen nach ihrer Bestellung festlegen. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Parteien der Vereinbarung zu gleichen Teilen.	Der Beitrag der Pflegekassen **nach Satz 1 Nummer 6** darf den Aufwand nicht übersteigen, der entstehen würde, wenn sie die Aufgaben **anstelle der Antragsteller nach Absatz 1 im selben Umfang** selbst erbringen würden. **Grundlage hierfür sind die bisherigen Ausgaben der Pflegekassen für die Aufgabenerfüllung nach Absatz 1 Satz 5.** Die Landesregierungen werden ermächtigt, Schiedsstellen entsprechend § 7c Absatz 7 Satz 1 bis 4 einzurichten und eine Rechtsverordnung entsprechend § 7c Absatz 7 Satz 5 zu erlassen. Abweichend von Satz **4** können die Parteien der Vereinbarung nach Satz 1 einvernehmlich eine unparteiische Schiedsperson und zwei unparteiische Mitglieder bestellen, die den Inhalt der Vereinbarung nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen nach ihrer Bestellung festlegen. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Parteien der Vereinbarung zu gleichen Teilen. **Kommt eine Einigung der Landesverbände der Pflegekassen untereinander nicht zustande, erfolgt die Beschlussfassung durch die Mehrheit der in § 52 Absatz 1 Satz 1 genannten Stellen.**
(6) Mit *Aufnahme* der *Beratungstätigkeit im Rahmen eines Modellvorhabens* geht die Verantwortung für die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c und für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 von anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen mit Wohnort im Bereich der örtlichen Zuständigkeit der Beratungsstelle und deren *Angehörige* sowie für die Pflegekurse nach § 45 auf den Antragsteller nach Absatz 1 *Satz 1* über. Die Antragsteller können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben Dritter bedienen. Sofern sie sich für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 Dritter bedienen, ist die Leistungserbringung allen in § 37 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 8 genannten Einrichtungen zu ermöglichen.	(6) Mit **dem Inkrafttreten** der **Vereinbarung nach Absatz 5 Satz 1** geht die Verantwortung für die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c und für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 von anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen mit Wohnort im Bereich der örtlichen Zuständigkeit der Beratungsstelle und **von** deren **Angehörigen** sowie für die Pflegekurse nach § 45 auf den Antragsteller nach Absatz 1 über. Die Antragsteller können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben Dritter bedienen. **Die Erfüllung der Aufgaben durch Dritte ist im Konzept nach Absatz 2 darzulegen.** Sofern sie sich für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 Dritter bedienen, ist die Leistungserbringung allen in § 37 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 8 genannten Einrichtungen zu ermöglichen.
(7) Während der Durchführung des Modellvorhabens weist der Antragsteller gegenüber der obersten Landesbehörde und den am Vertrag beteiligten Landesverbänden der Pflegekassen die	(7) unverändert

Vorabfassung wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Höhe der eingebrachten sächlichen und personellen Mittel je Haushaltsjahr nach. Diese Mittel dürfen die durchschnittlich aufgewendeten Verwaltungsausgaben für die Hilfe zur Pflege und die Eingliederungshilfe bezogen auf den einzelnen Empfänger und für die Altenhilfe bezogen auf alte Menschen im Haushaltsjahr vor Beginn des Modellvorhabens nicht unterschreiten. Die Mittel sind auf der Grundlage der Haushaltsaufstellung im Konzept nach Absatz 2 Satz 1 nachzuweisen.	
§ 124	§ 124
Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat	Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat
(1) Anträge zur Durchführung von Modellvorhaben können bis zum 31. Dezember *2021* gestellt werden. Modellvorhaben nach diesem Kapitel sind auf fünf Jahre zu befristen.	(1) Anträge zur Durchführung von Modellvorhaben können bis zum 31. Dezember **2019** gestellt werden. Modellvorhaben nach diesem Kapitel sind auf fünf Jahre zu befristen.
(2) Die Genehmigung zur Durchführung eines Modellvorhabens ist zu widerrufen, wenn die in § 123 Absatz 1 Satz *4* genannten Aufgaben oder die nach § 123 Absatz 5 Satz 1 vereinbarten *und* die in § 123 Absatz 5 Satz 2 *sowie* Absatz 7 festgelegten Anforderungen nicht oder nicht in vollem Umfang erfüllt werden. Die zuständige oberste Landesbehörde überprüft die Erfüllung der Aufgaben nach § 123 Absatz 1 anhand der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung nach Absatz *2* zum Abschluss des jeweiligen Haushaltsjahres. Sie überprüft die Erfüllung der Anforderungen nach § 123 Absatz 7 anhand der jeweiligen Haushaltspläne.	(2) Die Genehmigung zur Durchführung eines Modellvorhabens ist zu widerrufen, wenn die in § 123 Absatz 1 Satz **5** genannten Aufgaben oder die nach § 123 Absatz 5 Satz 1 vereinbarten **oder** die in § 123 Absatz 5 Satz 2 **oder** Absatz 7 festgelegten Anforderungen nicht oder nicht in vollem Umfang erfüllt werden. **Eine Klage gegen den Widerruf hat keine aufschiebende Wirkung.** Die zuständige oberste Landesbehörde überprüft die Erfüllung der Aufgaben nach § 123 Absatz 1 anhand der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung nach Absatz **3** zum Abschluss des jeweiligen Haushaltsjahres. Sie überprüft die Erfüllung der Anforderungen nach § 123 Absatz 7 anhand der jeweiligen Haushaltspläne.
(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen *veranlasst im Benehmen mit den* für die Modellvorhaben nach § 123 Absatz 1 Satz 1 zuständigen obersten Landesbehörden gemeinsam eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung aller Modellvorhaben durch unabhängige Sachverständige. Die Auswertung erfolgt nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Beratung im Vergleich zur Beratung vor Beginn des jeweiligen Modellvorhabens und außerhalb der Modellvorhaben. Die unabhängigen Sachverständigen haben einen Zwischenbericht und einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Auswertungen zu erstellen. Der Zwischenbericht ist spätestens am 31. Dezember 2023	(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen **und die** für die Modellvorhaben nach § 123 Absatz 1 Satz 1 zuständigen obersten Landesbehörden **veranlassen** gemeinsam **im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit den kommunalen Spitzenverbänden** eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung aller Modellvorhaben durch unabhängige Sachverständige. Die Auswertung erfolgt nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Beratung im Vergleich zur Beratung vor Beginn des jeweiligen Modellvorhabens und außerhalb der Modellvorhaben. Die **Auswertung schließt einen Ver-**

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
und der Abschlussbericht spätestens am 31. *Dezember 2025* zu veröffentlichen. Die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und der Auswertung der Modellvorhaben tragen je zur Hälfte die für diese Modellvorhaben zuständigen obersten Landesbehörden gemeinsam und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dessen Beitrag aus Mitteln des Ausgleichsfonds nach § 65 zu finanzieren ist.	**gleich mit den Beratungsangeboten der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung jeweils außerhalb der Modellvorhaben ein. Die** unabhängigen Sachverständigen haben einen Zwischenbericht und einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Auswertungen zu erstellen. Der Zwischenbericht ist spätestens am 31. Dezember 2023 und der Abschlussbericht spätestens am 31. **Juli 2026** zu veröffentlichen. Die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und der Auswertung der Modellvorhaben tragen je zur Hälfte die für diese Modellvorhaben zuständigen obersten Landesbehörden gemeinsam und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dessen Beitrag aus Mitteln des Ausgleichsfonds nach § 65 zu finanzieren ist.
(4) Die nach Landesrecht zuständigen Stellen begleiten die Modellvorhaben über die gesamte Laufzeit und sorgen für einen bundesweiten Austausch der Modellvorhaben untereinander unter Beteiligung der für die Begleitung und Auswertung nach Absatz 3 zuständigen unabhängigen Sachverständigen sowie des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.	(4) Die nach Landesrecht zuständigen Stellen begleiten die Modellvorhaben über die gesamte Laufzeit und sorgen für einen bundesweiten Austausch der Modellvorhaben untereinander unter Beteiligung der für die Begleitung und Auswertung nach Absatz 3 zuständigen unabhängigen Sachverständigen sowie des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen **und der kommunalen Spitzenverbände**. **Bei der Organisation und Durchführung des Austausches können sich die nach Landesrecht zuständigen Stellen von den unabhängigen Sachverständigen unterstützen lassen, die die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung nach Absatz 3 durchführen.**
(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat zur Begleitung der Modellvorhaben ein. Der Beirat tagt mindestens zweimal jährlich und berät den Sachstand der Modellvorhaben. Ihm gehören Vertreterinnen und Vertreter der kommunalen Spitzenverbände, der Länder, der Pflegekassen, der Wissenschaft, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend an.“	(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat zur Begleitung der Modellvorhaben **im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit** ein. Der Beirat tagt mindestens zweimal jährlich und berät den Sachstand der Modellvorhaben. Ihm gehören Vertreterinnen und Vertreter der kommunalen Spitzenverbände, der Länder, der Pflegekassen, der Wissenschaft, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend an.“
	24a. § 134 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 1 werden die Wörter „des Versorgungsfonds des Bundes“ durch die Wörter „für die Sondervermögen „Versorgungsrücklage des Bundes“, „Versorgungsfonds des Bundes“, „Versorgungsfonds der Bundesagentur für Arbeit“ und

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ (Anlagerichtlinien Sondervermögen)“ ersetzt.
	b) In Satz 3 werden die Wörter „§ 4a der Anlagerichtlinien des Versorgungsfonds des Bundes“ durch die Wörter „§ 5 der Anlagerichtlinien für die Sondervermögen „Versorgungsrücklage des Bundes“, „Versorgungsfonds des Bundes“, „Versorgungsfonds der Bundesagentur für Arbeit“ und „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ (Anlagerichtlinien Sondervermögen)“ ersetzt.
25. § 141 wird wie folgt geändert:	25. § 141 wird wie folgt geändert:
a) Dem Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:	a) u n v e r ä n d e r t
„Für den Zuschlag auf den Entlastungsbetrag gilt § 45b Absatz 3 entsprechend. Bei Versicherten, die keinen Anspruch auf einen Zuschlag haben und deren Ansprüche nach § 45b zum 1. Januar 2017 von 208 Euro auf 125 Euro monatlich abgesenkt werden, sind zur Sicherstellung des Besitzstandsschutzes monatlich Leistungen der Pflegeversicherung in Höhe von bis zu 83 Euro nicht auf Fürsorgeleistungen zur Pflege anzurechnen.“	
b) *Dem* Absatz 3 *werden die folgenden Sätze angefügt*:	b) Absatz 3 **wird wie folgt geändert**:
	aa) In Satz 1 wird vor dem Wort „Zuschlag“ das Wort „monatlicher“ eingefügt.
	bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
	„Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn der Leistungsbetrag nach § 43 Absatz 2 Satz 2 die in § 43 Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigt und zur Finanzierung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eingesetzt worden ist.“
	cc) Nach dem neuen Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:
	„Die Pflegekassen teilen die Höhe des monatlichen Zuschlages nach Satz 1 sowie jede Änderung der Zuschlagshöhe den Pflegebedürftigen schriftlich mit.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	dd) Der neue Satz 6 wird wie folgt gefasst:
	„Die Sätze 1 bis 5 gelten entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.“
	c) Nach Absatz 3 werden die folgenden Absätze 3a bis 3c eingefügt:
„Für Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 1 und 2 in Anspruch nehmen, gilt der am 31. Dezember 2016 gezahlte Pflegesatz für die Dauer der Kurzzeitpflege fort. Nehmen Pflegebedürftige am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 und nach dem Ende der Kurzzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts auch Sachleistungen der vollstationären Pflege nach § 43 in derselben Einrichtung in Anspruch, so ermittelt sich der von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung nach Satz 1 von Amts wegen ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege nach § 43 zu zahlende Zuschlag aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 und dem individuellen Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen im Monat Dezember 2016 in der Einrichtung zu tragen gehabt hätten.“	**„(3a)** Für Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 1 und 2 in Anspruch nehmen, gilt der am 31. Dezember 2016 gezahlte Pflegesatz für die Dauer der Kurzzeitpflege fort. Nehmen Pflegebedürftige am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 und nach dem Ende der Kurzzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts auch Sachleistungen der vollstationären Pflege nach § 43 in derselben Einrichtung in Anspruch, so ermittelt sich der von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung nach **Absatz 3** Satz 1 von Amts wegen ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege nach § 43 zu zahlende **monatliche** Zuschlag aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 und dem individuellen Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen im Monat Dezember 2016 in der Einrichtung zu tragen gehabt hätten**. Absatz 3 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.**
c) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:	**entfällt**
„(3a) Wechseln Pflegebedürftige zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2021 *das Pflegeheim*, so ermittelt sich der von der Pflegekasse an die neue Pflegeeinrichtung nach Absatz 3 Satz 1 von Amts wegen ab dem Zeitpunkt des Wechsels zu zahlende Zuschlag aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3, den die Pflegebedürftigen im Monat Januar 2017 in der neuen Einrichtung zu tragen haben oder zu tragen gehabt hätten, und dem individuellen Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen im Monat Dezember 2016 in der neuen Einrichtung zu tragen gehabt hätten. Absatz 3 Satz 2 bis *4* gilt entsprechend.“	**(3b)** Wechseln Pflegebedürftige **im Sinne der Absätze 3 und 3a** zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2021 **die vollstationäre Pflegeeinrichtung**, so ermittelt sich der von der Pflegekasse an die neue Pflegeeinrichtung nach Absatz 3 Satz 1 von Amts wegen ab dem Zeitpunkt des Wechsels zu zahlende **monatliche** Zuschlag aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3, den die Pflegebedürftigen im Monat Januar 2017 in der neuen Einrichtung zu tragen haben oder zu tragen gehabt hätten, und dem individuellen Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen im

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Monat Dezember 2016 in der neuen Einrichtung zu tragen gehabt hätten. **Bei einem Wechsel in eine neu zugelassene, vollstationäre Pflegeeinrichtung, die erstmalig ab 1. Januar 2017 oder später eine Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen hat, behalten Pflegebedürftige mit ihrem Wechsel ihren nach** Absatz 3 **ermittelten, monatlichen Zuschlagsbetrag. Absatz 3** Satz 2 bis **6** gilt entsprechend**.**
	(3c) Erhöht sich der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 für Pflegebedürftige im Sinne der Absätze 3, 3a und 3b im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017, findet Absatz 3 entsprechende Anwendung, sofern sich die Erhöhung aus der erstmaligen Vereinbarung der neuen Pflegesätze im Rahmen der Überleitung, Einführung und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergibt. Dies gilt auch für Pflegebedürftige, die im Dezember 2016 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt wurden, und die durch die Erhöhung erstmals einen höheren einrichtungseinheitlichen Eigenanteil zu tragen hätten im Vergleich zum jeweiligen individuellen Eigenanteil im Dezember 2016. Der Vergleichsberechnung ist neben dem Monat Dezember 2016 der Monat im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017 zugrunde zu legen, in dem der einrichtungseinheitliche Eigenanteil erstmalig höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Monat Dezember 2016 ist oder in den Fällen des Absatzes 3a gewesen wäre.“
	d) Folgender Absatz 8 wird angefügt:
	„(8) Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß § 91 Absatz 2 in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrages, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zu-

Vorabfassung - wird durch die elektronische Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	stehende Leistungsbetrag. Dies gilt entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.“
26. Dem § 144 *wird folgender Absatz* 3 angefügt:	26. Dem § 144 **werden die folgenden Absätze** 3 **bis 5** angefügt:
„(3) Soweit Versicherte im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 oder Absatz 1a in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfüllt haben und ab dem 1. Januar 2017 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung erfüllen, können sie Leistungsbeträge nach § 45b, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 nicht zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt haben, bis zum 31. Dezember *2017* zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung einsetzen. Die in Satz 1 genannten Mittel können ebenfalls zur nachträglichen Kostenerstattung für Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt werden, die von den Anspruchsberechtigten in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 bezogen worden sind. Die Kostenerstattung nach Satz 2 ist bis zum Ablauf des 31. Dezember *2017* zu beantragen. Dem Antrag sind entsprechende Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der bezogenen Leistungen beizufügen. “	„(3) Soweit Versicherte im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 oder Absatz 1a in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfüllt haben und ab dem 1. Januar 2017 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung erfüllen, können sie Leistungsbeträge nach § 45b, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 nicht zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt haben, bis zum 31. Dezember **2018** zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung einsetzen. Die in Satz 1 genannten Mittel können ebenfalls zur nachträglichen Kostenerstattung für Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt werden, die von den Anspruchsberechtigten in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 bezogen worden sind. Die Kostenerstattung nach Satz 2 ist bis zum Ablauf des 31. Dezember **2018** zu beantragen. Dem Antrag sind entsprechende Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der bezogenen Leistungen beizufügen**.**
	(4) Die im Jahr 2015 gemäß § 45c zur Verfügung gestellten Fördermittel, die nach § 45c Absatz 5 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung auf das Folgejahr 2016 übertragen und bis zum Ende des Jahres 2016 in den Ländern nicht in Anspruch genommen worden sind, können im Jahr 2017 gemäß § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung von den Ländern beantragt werden, die im Jahr 2015 mindestens 80 Prozent der auf sie gemäß § 45c Absatz 5 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel ausgeschöpft haben.
	(5) In Fällen, in denen am 31. Dezember 2016 der Bezug von Leistungen der Pflegever-

Vorabfassung, wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	sicherung mit Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz oder dem Achten Buch bereits zusammentrifft, muss eine Vereinbarung nach § 13 Absatz 4 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung nur dann abgeschlossen werden, wenn einer der beteiligten Träger oder der Leistungsbezieher dies verlangt. Trifft der Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung außerdem mit Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder dem Bundesversorgungsgesetz zusammen, gilt Satz 1 entsprechend.“
27. Das bisherige Dreizehnte, Vierzehnte und Fünfzehnte Kapitel wird das Vierzehnte, Fünfzehnte und Sechzehnte Kapitel.	27. unverändert
28. Die Überschrift des Zweiten Abschnitts des Sechzehnten Kapitels wird wie folgt gefasst:	28. unverändert
„Zweiter Abschnitt	
Sonstige Überleitungs-, Übergangs- und Besitzstandsschutzregelungen“.	
29. Folgender § 145 wird angefügt:	29. unverändert
„§ 145	
Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen in häuslicher Pflege	
Für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die am 1. Januar 2017 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege haben und in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung keine Anwendung findet, findet § 43a auch in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung keine Anwendung. Wechseln diese pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen nach dem 1. Januar 2017 die Wohnform, findet Satz 1 keine Anwendung, solange sie in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung Anwendung gefunden hätte, wenn sie am 1. Januar 2017 in einer solchen Wohnform gelebt hätten.“	
	30. In Anlage 1 zu § 15 werden in der Tabelle „Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	5.11“ die Wörter „ein- bis zweimal täglich“ durch die Wörter „ein- bis unter dreimal täglich“ ersetzt.
Artikel 2	**Artikel 2**
Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch	**Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch**
Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2557) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2557) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:	1. unverändert
a) Die Angaben zum Siebten Kapitel werden wie folgt gefasst:	
„Siebtes Kapitel	
Hilfe zur Pflege	
§ 61 Leistungsberechtigte	
§ 61a Begriff der Pflegebedürftigkeit	
§ 61b Pflegegrade	
§ 61c Pflegegrade bei Kindern	
§ 62 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit	
§ 62a Bindungswirkung	
§ 63 Leistungen für Pflegebedürftige	
§ 63a Notwendiger pflegerischer Bedarf	
§ 63b Leistungskonkurrenz	
§ 64 Vorrang	
§ 64a Pflegegeld	
§ 64b Häusliche Pflegehilfe	
§ 64c Verhinderungspflege	
§ 64d Pflegehilfsmittel	
§ 64e Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	
§ 64f Andere Leistungen	

Vorabfassung, wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 64g Teilstationäre Pflege	
§ 64h Kurzzeitpflege	
§ 64i Entlastungsbetrag bei den Pflegegraden 2, 3, 4 oder 5	
§ 65 Stationäre Pflege	
§ 66 Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1“.	
b) Die folgenden Angaben werden angefügt:	
„§ 137 Überleitung in Pflegegrade zum 1. Januar 2017	
§ 138 Übergangsregelung für Pflegebedürftige aus Anlass des Dritten Pflegestärkungsgesetzes“.	
2. § 4 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	2. unverändert
a) In Satz 2 wird die Angabe „§ 92c“ durch die Angabe „§ 7c“ ersetzt.	
b) Folgender Satz wird angefügt:	
„Die Rahmenverträge nach § 7a Absatz 7 des Elften Buches sind zu berücksichtigen und die Empfehlungen nach § 8a des Elften Buches sollen berücksichtigt werden.“	
3. In § 39 Satz 3 Nummer 2 wird die Angabe „§ 61“ durch die Angabe „§ 61a“ ersetzt.	3. unverändert
4. § 50 Nummer 4 wird wie folgt gefasst:	4. unverändert
„4. häusliche Pflege nach den §§ 64c und 64f sowie die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson“.	
5. Das Siebte Kapitel wird wie folgt gefasst:	5. Das Siebte Kapitel wird wie folgt gefasst:
„Siebtes Kapitel	„Siebtes Kapitel
Hilfe zur Pflege	Hilfe zur Pflege
§ 61	§ 61
Leistungsberechtigte	unverändert
Personen, die pflegebedürftig im Sinne des § 61a sind, haben Anspruch auf Hilfe zur Pflege, soweit ihnen und ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern nicht zuzumuten ist, dass sie die für die Hilfe zur Pflege benötigten	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nach den Vorschriften des Elften Kapitels aufbringen. Sind die Personen minderjährig und unverheiratet, so sind auch das Einkommen und das Vermögen ihrer Eltern oder eines Elternteils zu berücksichtigen.	
§ 61a	§ 61a
Begriff der Pflegebedürftigkeit	unverändert
(1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftige Personen im Sinne des Satzes 1 können körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen.	
(2) Maßgeblich für die Beurteilung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten sind die folgenden Bereiche mit folgenden Kriterien:	
1. Mobilität mit den Kriterien	
a) Positionswechsel im Bett,	
b) Halten einer stabilen Sitzposition,	
c) Umsetzen,	
d) Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs,	
e) Treppensteigen;	
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten mit den Kriterien	
a) Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld,	
b) örtliche Orientierung,	
c) zeitliche Orientierung,	
d) Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen,	
e) Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen,	
f) Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben,	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
g) Verstehen von Sachverhalten und Informationen,	
h) Erkennen von Risiken und Gefahren,	
i) Mitteilen von elementaren Bedürfnissen,	
j) Verstehen von Aufforderungen,	
k) Beteiligen an einem Gespräch;	
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen mit den Kriterien	
a) motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten,	
b) nächtliche Unruhe,	
c) selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten,	
d) Beschädigen von Gegenständen,	
e) physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen,	
f) verbale Aggression,	
g) andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten,	
h) Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen,	
i) Wahnvorstellungen,	
j) Ängste,	
k) Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage,	
l) sozial inadäquate Verhaltensweisen,	
m) sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;	
4. Selbstversorgung mit den Kriterien	
a) Waschen des vorderen Oberkörpers,	
b) Körperpflege im Bereich des Kopfes,	
c) Waschen des Intimbereichs,	
d) Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare,	
e) An- und Auskleiden des Oberkörpers,	
f) An- und Auskleiden des Unterkörpers,	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
g) mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken,	
h) Essen,	
i) Trinken,	
j) Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls,	
k) Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma,	
l) Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma,	
m) Ernährung parenteral oder über Sonde,	
n) Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;	
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen in Bezug auf	
a) Medikation,	
b) Injektionen,	
c) Versorgung intravenöser Zugänge,	
d) Absaugen und Sauerstoffgabe,	
e) Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen,	
f) Messung und Deutung von Körperzuständen,	
g) körpernahe Hilfsmittel,	
h) Verbandswechsel und Wundversorgung,	
i) Versorgung mit Stoma,	
j) regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden,	
k) Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,	
l) zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung,	
m) Arztbesuche,	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
n) Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen,	
o) zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen,	
p) Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern,	
q) Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;	
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit den Kriterien	
a) Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen,	
b) Ruhen und Schlafen,	
c) Sichbeschäftigen,	
d) Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen,	
e) Interaktion mit Personen im direkten Kontakt,	
f) Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.	
§ 61b	§ 61b
Pflegegrade	u n v e r ä n d e r t
(1) Für die Gewährung von Leistungen der Hilfe zur Pflege sind pflegebedürftige Personen entsprechend den im Begutachtungsverfahren nach § 62 ermittelten Gesamtpunkten in einen der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten entsprechenden Pflegegrad einzuordnen:	
1. Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte),	
2. Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte),	
3. Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte),	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
4. Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte),	
5. Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte).	
(2) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.	
§ 61c	§ 61c
Pflegegrade bei Kindern	unverändert
(1) Bei pflegebedürftigen Kindern, die 18 Monate oder älter sind, ist für die Einordnung in einen Pflegegrad nach § 61b der gesundheitlich bedingte Grad der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten im Verhältnis zu altersentsprechend entwickelten Kindern maßgebend.	
(2) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten sind in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:	
1. Pflegegrad 2: ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte,	
2. Pflegegrad 3: ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte,	
3. Pflegegrad 4: ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte,	
4. Pflegegrad 5: ab 70 bis 100 Gesamtpunkte.	
§ 62	§ 62
Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit	unverändert
Die Ermittlung des Pflegegrades erfolgt durch ein Begutachtungsinstrument nach Maßgabe des § 15 des Elften Buches. Die auf Grund des § 16 des Elften Buches erlassene Verordnung sowie die auf Grund des § 17 des Elften Buches	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
erlassenen Richtlinien der Pflegekassen finden entsprechende Anwendung.	
§ 62a	§ 62a
Bindungswirkung	unverändert
Die Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad ist für den Träger der Sozialhilfe bindend, soweit sie auf Tatsachen beruht, die bei beiden Entscheidungen zu berücksichtigen sind. Bei seiner Entscheidung kann sich der Träger der Sozialhilfe der Hilfe sachverständiger Dritter bedienen. Auf Anforderung unterstützt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung den Träger der Sozialhilfe bei seiner Entscheidung und erhält hierfür Kostenersatz, der zu vereinbaren ist.	
§ 63	§ 63
Leistungen für Pflegebedürftige	Leistungen für Pflegebedürftige
(1) Die Hilfe zur Pflege umfasst für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5	(1) Die Hilfe zur Pflege umfasst für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5
1. häusliche Pflege in Form von	1. unverändert
a) Pflegegeld (§ 64a),	
b) häuslicher Pflegehilfe (§ 64b),	
c) Verhinderungspflege (§ 64c),	
d) Pflegehilfsmitteln (§ 64d),	
e) Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 64e),	
f) anderen Leistungen (§ 64f),	
2. teilstationäre Pflege (§ 64g),	2. unverändert
3. Kurzzeitpflege (§ 64h),	3. unverändert
4. einen Entlastungsbetrag (§ 64i) und	4. unverändert
5. stationäre Pflege (§ 65).	5. unverändert
Die *Begleitung in der letzten Lebensphase ist Bestandteil der Leistungen der* Hilfe zur Pflege.	Die Hilfe zur Pflege **schließt Sterbebegleitung mit ein**.
(2) Die Hilfe zur Pflege umfasst für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1	(2) unverändert
1. Pflegehilfsmittel (§ 64d),	
2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 64e) und	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. einen Entlastungsbetrag (§ 66).	
(3) Die Leistungen der Hilfe zur Pflege sind auf Antrag auch als Teil eines Persönlichen Budgets zu erbringen. § 17 Absatz 2 bis 4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 Absatz 5 des Neunten Buches sind insoweit anzuwenden.	(3) unverändert
§ 63a	§ 63a
Notwendiger pflegerischer Bedarf	unverändert
Die Träger der Sozialhilfe haben den notwendigen pflegerischen Bedarf zu ermitteln und festzustellen.	
§ 63b	§ 63b
Leistungskonkurrenz	Leistungskonkurrenz
(1) *Im häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 des Elften Buches der Pflegebedürftigen gehen die* Leistungen der Hilfe zur Pflege *den Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach diesem Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch vor, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Außerhalb des häuslichen Umfelds gehen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Hilfe zur Pflege vor. Im Übrigen* werden *Leistungen der Hilfe zur Pflege* nicht erbracht, soweit Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten.	(1) Leistungen der Hilfe zur Pflege werden nicht erbracht, soweit Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten.
(2) Abweichend von Absatz 1 *Satz 3* sind Leistungen nach § 72 oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften mit 70 Prozent auf das Pflegegeld nach § 64a anzurechnen. Leistungen nach § 45b des Elften Buches gehen den Leistungen nach den §§ 64i und 66 vor; auf die übrigen Leistungen der Hilfe zur Pflege werden sie nicht angerechnet.	(2) Abweichend von Absatz 1 sind Leistungen nach § 72 oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften mit 70 Prozent auf das Pflegegeld nach § 64a anzurechnen. Leistungen nach § 45b des Elften Buches gehen den Leistungen nach den §§ 64i und 66 vor; auf die übrigen Leistungen der Hilfe zur Pflege werden sie nicht angerechnet.
(3) Pflegebedürftige haben während ihres Aufenthalts in einer teilstationären oder vollstationären Einrichtung dort keinen Anspruch auf häusliche Pflege. Abweichend von Satz 1 kann das Pflegegeld nach § 64a während einer teilstati-	(3) unverändert

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
onären Pflege nach § 64g oder einer vergleichbaren nicht nach diesem Buch durchgeführten Maßnahme angemessen gekürzt werden.	
(4) Absatz 3 Satz 1 gilt nicht für vorübergehende Aufenthalte in einem Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches oder in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches, soweit Pflegebedürftige ihre Pflege durch von ihnen selbst beschäftigte besondere Pflegekräfte (Arbeitgebermodell) sicherstellen. Die vorrangigen Leistungen des Pflegegeldes für selbst beschaffte Pflegehilfen nach den §§ 37 und 38 des Elften Buches sind anzurechnen. § 39 des Fünften Buches bleibt unberührt.	(4) unverändert
(5) Das Pflegegeld kann um bis zu zwei Drittel gekürzt werden, soweit die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich ist, Pflegebedürftige Leistungen der Verhinderungspflege nach § 64c oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten.	(5) unverändert
(6) Pflegebedürftige, die ihre Pflege im Rahmen des Arbeitgebermodells sicherstellen, können nicht auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen nach dem Elften Buch verwiesen werden. In diesen Fällen ist das geleistete Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege anzurechnen.	(6) unverändert
(7) Leistungen der stationären Pflege nach § 65 werden auch bei einer vorübergehenden Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus der stationären Einrichtung erbracht, solange die Voraussetzungen des § 87a Absatz 1 Satz 5 und 6 des Elften Buches vorliegen.	(7) unverändert
§ 64	§ 64
Vorrang	Vorrang
(1) Soweit häusliche Pflege ausreicht, *ist* die Pflege *vorrangig* durch *Pflegegeld sicherzustellen*.	(1) Soweit häusliche Pflege ausreicht, **soll der Träger der Sozialhilfe darauf hinwirken, dass** die **häusliche** Pflege durch **Personen, die dem Pflegebedürftigen nahe stehen, oder als Nachbarschaftshilfe übernommen wird**.
(2) Der Träger der Sozialhilfe soll darauf hinwirken, dass die häusliche Pflege durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahe stehen, als	unverändert

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Nachbarschaftshilfe oder durch sonstige, zum gesellschaftlichen Engagement bereite Personen übernommen wird.	
§ 64a	§ 64a
Pflegegeld	unverändert
(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Pflegegeld in Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches. Der Anspruch auf Pflegegeld setzt voraus, dass die Pflegebedürftigen und die Sorgeberechtigten bei pflegebedürftigen Kindern die erforderliche Pflege mit dem Pflegegeld in geeigneter Weise selbst sicherstellen.	
(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist das Pflegegeld entsprechend zu kürzen. Bei der Kürzung ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem die pflegebedürftige Person gestorben ist.	
(3) Stellt die Pflegekasse ihre Leistungen nach § 37 Absatz 6 des Elften Buches ganz oder teilweise ein, entfällt insoweit die Leistungspflicht nach Absatz 1.	
§ 64b	§ 64b
Häusliche Pflegehilfe	Häusliche Pflegehilfe
(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe), soweit die häusliche Pflege nach § 64 nicht *durch Pflegegeld* sichergestellt werden kann. Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Mehrere Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 können die häusliche Pflege gemeinsam in Anspruch nehmen. Häusliche Pflegehilfe kann auch Betreuungs- und Entlastungsleistungen durch Unterstützungsangebote im Sinne des § 45a des Elften Buches umfassen; § 64i bleibt unberührt.	(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe), soweit die häusliche Pflege nach § 64 nicht sichergestellt werden kann. Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Mehrere Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 können die häusliche Pflege gemeinsam in Anspruch nehmen. Häusliche Pflegehilfe kann auch Betreuungs- und Entlastungsleistungen durch Unterstützungsangebote im Sinne des § 45a des Elften Buches umfassen; § 64i bleibt unberührt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(2) Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere	(2) unverändert
1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,	
2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie	
3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.	
§ 64c	§ 64c
Verhinderungspflege	Verhinderungspflege
Ist eine Pflegeperson im Sinne von § 64 *Absatz 2* wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus sonstigen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, sind die angemessenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege zu übernehmen.	Ist eine Pflegeperson im Sinne von § 64 wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus sonstigen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, sind die angemessenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege zu übernehmen.
§ 64d	§ 64d
Pflegehilfsmittel	unverändert
(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die	
1. zur Erleichterung der Pflege der Pflegebedürftigen beitragen,	
2. zur Linderung der Beschwerden der Pflegebedürftigen beitragen oder	
3. den Pflegebedürftigen eine selbständigere Lebensführung ermöglichen.	
Der Anspruch umfasst die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.	
(2) Technische Pflegehilfsmittel sollen den Pflegebedürftigen in geeigneten Fällen leihweise zur Verfügung gestellt werden.	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 64e	§ 64e
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	unverändert
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen können gewährt werden,	
1. soweit sie angemessen sind und	
2. durch sie	
a) die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert werden kann oder	
b) eine möglichst selbständige Lebensführung der Pflegebedürftigen wiederhergestellt werden kann.	
§ 64f	§ 64f
Andere Leistungen	unverändert
(1) Zusätzlich zum Pflegegeld nach § 64a Absatz 1 sind die Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson oder einer besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung zu erstatten, soweit diese nicht anderweitig sichergestellt ist.	
(2) Ist neben der häuslichen Pflege nach § 64 eine Beratung der Pflegeperson geboten, sind die angemessenen Kosten zu übernehmen.	
(3) Soweit die Sicherstellung der häuslichen Pflege für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 im Rahmen des Arbeitgebermodells erfolgt, sollen die angemessenen Kosten übernommen werden.	
§ 64g	§ 64g
Teilstationäre Pflege	unverändert
Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, soweit die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder die teilstationäre Pflege zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Beförderung des	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.	
§ 64h	§ 64h
Kurzzeitpflege	unverändert
(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben Anspruch auf Kurzeitpflege in einer stationären Pflegeeinrichtung, soweit die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und die teilstationäre Pflege nach § 64g nicht ausreicht.	
(2) Wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nach den §§ 71 und 72 des Elften Buches nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint, kann die Kurzzeitpflege auch erbracht werden	
1. durch geeignete Erbringer von Leistungen nach dem Sechsten Kapitel oder	
2. in geeigneten Einrichtungen, die nicht als Einrichtung zur Kurzzeitpflege zugelassen sind.	
(3) Soweit während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der Pflegebedürftigen erforderlich ist, kann Kurzzeitpflege auch in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches erbracht werden.	
§ 64i	§ 64i
Entlastungsbetrag bei den Pflegegraden 2, 3, 4 oder 5	unverändert
Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Entlastungsbetrag ist zweckgebunden einzusetzen zur	
1. Entlastung pflegender Angehöriger oder nahestehender Pflegepersonen,	
2. Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags oder	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Sinne des § 45a des Elften Buches.	
§ 65	§ 65
Stationäre Pflege	unverändert
Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben Anspruch auf Pflege in stationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt. Der Anspruch auf stationäre Pflege umfasst auch Betreuungsmaßnahmen; § 64b Absatz 2 findet entsprechende Anwendung.	
§ 66	§ 66
Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1	unverändert
Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Entlastungsbetrag ist zweckgebunden einzusetzen zur	
1. Entlastung pflegender Angehöriger oder nahestehender Pflegepersonen,	
2. Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags,	
3. Inanspruchnahme von	
a) Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 64b,	
b) Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 64e,	
c) anderen Leistungen nach § 64f,	
d) Leistungen zur teilstationären Pflege im Sinne des § 64g,	
4. Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Sinne des § 45a des Elften Buches.“	
6. § 70 wird wie folgt geändert:	6. unverändert
a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:	
„Personen mit eigenem Haushalt sollen Leistungen zur Weiterführung des Haushalts erhalten, wenn weder sie selbst noch, falls sie	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
mit anderen Haushaltsangehörigen zusammenleben, die anderen Haushaltsangehörigen den Haushalt führen können und die Weiterführung des Haushalts geboten ist.“	
b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:	
„(3) Personen im Sinne des Absatzes 1 sind die angemessenen Aufwendungen für eine haushaltsführende Person zu erstatten. Es können auch angemessene Beihilfen geleistet sowie Beiträge der haushaltsführenden Person für eine angemessene Alterssicherung übernommen werden, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist. Ist neben oder anstelle der Weiterführung des Haushalts die Heranziehung einer besonderen Person zur Haushaltsführung erforderlich oder eine Beratung oder zeitweilige Entlastung der haushaltsführenden Person geboten, sind die angemessenen Kosten zu übernehmen.“	
7. § 71 wird wie folgt geändert:	7. unverändert
a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:	
„Die Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken.“	
b) Absatz 2 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:	
„3. Beratung und Unterstützung im Vor- und Umfeld von Pflege, insbesondere in allen Fragen des Angebots an Wohnformen bei Unterstützungs-, Betreuungs- oder Pflegebedarf sowie an Diensten, die Betreuung oder Pflege leisten,“.	
c) Folgender Absatz 5 wird angefügt:	
„(5) Die Leistungen der Altenhilfe sind mit den übrigen Leistungen dieses Buches, den Leistungen der örtlichen Altenhilfe und der kommunalen Infrastruktur zur Vermeidung sowie Verringerung der Pflegebedürftigkeit und zur Inanspruchnahme der Leistungen der Eingliederungshilfe zu verzahnen. Die Ergebnisse der Gesamtplanung nach § 58 sowie die Grundsätze der Koordination, Kooperation und Konvergenz der	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Leistungen nach den Vorschriften des Neunten Buches sind zu berücksichtigen.“	
8. § 72 wird wie folgt geändert:	8. unverändert
a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:	
„Auf die Blindenhilfe sind Leistungen bei häuslicher Pflege nach dem Elften Buch, auch soweit es sich um Sachleistungen handelt, bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 mit 50 Prozent des Pflegegeldes des Pflegegrades 2 und bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 3, 4 oder 5 mit 40 Prozent des Pflegegeldes des Pflegegrades 3, höchstens jedoch mit 50 Prozent des Betrages nach Absatz 2, anzurechnen.“	
b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „(§§ 61 und 63)“ durch die Wörter „nach dem Siebten Kapitel“ ersetzt.	
9. In § 75 Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „§ 61“ durch die Wörter „den Vorschriften des Siebten Kapitels“ ersetzt.	9. unverändert
10. § 76 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:	10. unverändert
„Die Maßnahmepauschale ist nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf sowie bei Leistungen der häuslichen Pflegehilfe für die gemeinsame Inanspruchnahme durch mehrere Leistungsberechtigte nach § 64b Absatz 1 Satz 3 zu kalkulieren.“	
11. In § 87 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „Bei schwerstpflegebedürftigen Menschen nach § 64 Abs. 3“ durch die Wörter „Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5“ ersetzt.	11. unverändert
12. In § 94 Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „§ 61“ durch die Angabe „§ 61a“ ersetzt.	12. unverändert
	12a. § 122 Absatz 3 Nummer 3 und 4 wird wie folgt gefasst:
	„3. bei Leistungsberechtigten nach dem Sechsten Kapitel zusätzlich
	a) die Beschäftigten, denen der Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt gelingt,
	b) der Bezug von Leistungen nach § 43a des Elften Buches,
	4. bei Leistungsberechtigten nach dem Siebten Kapitel zusätzlich

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	a) das Bestehen einer Pflegeversicherung,
	b) die Erbringung oder Gründe der Nichterbringung von Pflegeleistungen von Sozialversicherungsträgern und einer privaten Pflegeversicherung,
	c) die Höhe des anzurechnenden Einkommens.“
13. Die folgenden §§ 137 und 138 werden angefügt:	13. Die folgenden §§ 137 und 138 werden angefügt:
„§ 137	„§ 137
Überleitung in Pflegegrade zum 1. Januar 2017	unverändert
Pflegebedürftige, deren Pflegebedürftigkeit nach den Vorschriften des Siebten Kapitels in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt worden ist und bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen auf Leistungen nach den Vorschriften des Siebten Kapitels vorliegen, werden ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung wie folgt in die Pflegegrade übergeleitet:	
1. Pflegebedürftige mit Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,	
2. Pflegebedürftige mit Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,	
3. Pflegebedürftige mit Pflegestufe III in den Pflegegrad 4.	
Die Überleitung in die Pflegegrade nach § 140 des Elften Buches ist für den Träger der Sozialhilfe bindend.	
§ 138	§ 138
Übergangsregelung für Pflegebedürftige aus Anlass des Dritten Pflegestärkungsgesetzes	Übergangsregelung für Pflegebedürftige aus Anlass des Dritten Pflegestärkungsgesetzes
Einer Person, die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf Leistungen nach dem Siebten Kapitel in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung hat, sind die ihr am 31. Dezember 2016 zustehenden Leistungen *der häuslichen Pflege* über den 31. Dezember 2016 hinaus bis zum Abschluss des von Amts wegen zu betreibenden Ver-	Einer Person, die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf Leistungen nach dem Siebten Kapitel in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung hat, sind die ihr am 31. Dezember 2016 zustehenden Leistungen über den 31. Dezember 2016 hinaus bis zum Abschluss des von Amts wegen zu betreibenden Verfahrens zur Ermittlung

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
fahrens zur Ermittlung und Feststellung des notwendigen pflegerischen Bedarfs nach § 63a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung weiter zu gewähren. Ergibt das Verfahren, dass für die Zeit ab dem 1. Januar 2017 die Leistungen für den notwendigen pflegerischen Bedarf, die nach dem Siebten Kapitel in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung zu gewähren sind, geringer sind als die nach Satz 1 gewährten Leistungen, so sind die nach Satz 1 gewährten höheren Leistungen nicht vom Leistungsbezieher zu erstatten; § 45 des Zehnten Buches bleibt unberührt. Ergibt das Verfahren, dass für die Zeit ab dem 1. Januar 2017 die Leistungen für den notwendigen pflegerischen Bedarf, die nach dem Siebten Kapitel in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung zu gewähren sind, höher sind als die nach Satz 1 gewährten Leistungen, so sind die Leistungen rückwirkend nach den Vorschriften des Siebten Kapitels in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung zu gewähren.“	und Feststellung des **Pflegegrades und des** notwendigen pflegerischen Bedarfs nach § 63a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung weiter zu gewähren. **Soweit eine Person zugleich Leistungen nach dem Elften Buch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung erhält, sind diese anzurechnen. Dies gilt nicht für die Zuschläge nach § 141 Absatz 2 des Elften Buches sowie für den Entlastungsbetrag nach § 45b des Elften Buches.** Ergibt das Verfahren, dass für die Zeit ab dem 1. Januar 2017 die Leistungen für den notwendigen pflegerischen Bedarf, die nach dem Siebten Kapitel in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung zu gewähren sind, geringer sind als die nach Satz 1 gewährten Leistungen, so sind die nach Satz 1 gewährten höheren Leistungen nicht vom Leistungsbezieher zu erstatten; § 45 des Zehnten Buches bleibt unberührt. Ergibt das Verfahren, dass für die Zeit ab dem 1. Januar 2017 die Leistungen für den notwendigen pflegerischen Bedarf, die nach dem Siebten Kapitel in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung zu gewähren sind, höher sind als die nach Satz 1 gewährten Leistungen, so sind die Leistungen rückwirkend nach den Vorschriften des Siebten Kapitels in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung zu gewähren.“
Artikel 3	**Artikel 3**
Änderung des Bundesgleichstellungsgesetzes	**unverändert**
In § 3 Nummer 7 des Bundesgleichstellungsgesetzes vom 24. April 2015 (BGBl. I S. 642, 643) werden die Wörter „von § 61 Absatz 1“ durch die Wörter „des Siebten Kapitels“ ersetzt.	
Artikel 4	**Artikel 4**
Änderung der Bundes-Apothekerordnung	**unverändert**
Dem § 12 Absatz 2 der Bundes-Apothekerordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Juli 1989 (BGBl. I S. 1478, 1842), die zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„Für das Verfahren zur Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ist die zuständige Behörde des Landes zuständig, in dem der Apothekerberuf ausgeübt wird oder ausgeübt werden soll.“	
Artikel 5	**Artikel 5**
Änderung der Bundesärzteordnung	**u n v e r ä n d e r t**
Nach § 12 Absatz 3 Satz 1 der Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), die zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird folgender Satz eingefügt:	
„Für das Verfahren zur Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ist die zuständige Behörde des Landes zuständig, in dem der ärztliche Beruf ausgeübt wird oder ausgeübt werden soll.“	
Artikel 6	**Artikel 6**
Änderung des Psychotherapeutengesetzes	**u n v e r ä n d e r t**
Dem § 10 Absatz 1 des Psychotherapeutengesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:	
„Für das Verfahren zur Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ist die zuständige Behörde des Landes zuständig, in dem der Beruf ausgeübt wird oder ausgeübt werden soll.“	
Artikel 7	**Artikel 7**
Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde	**u n v e r ä n d e r t**
Dem § 16 Absatz 1 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„Für das Verfahren zur Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ist die zuständige Behörde des Landes zuständig, in dem der Beruf des Zahnarztes ausgeübt wird oder ausgeübt werden soll.“	
Artikel 8	**Artikel 8**
Änderung der Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch	**unverändert**
§ 1 der Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, die zuletzt durch Artikel 15 Nummer 2 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „des § 64 Abs. 3“ durch die Wörter „von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5“ ersetzt.	
2. In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „des § 64 Abs. 3“ durch die Wörter „von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5“ ersetzt.	
Artikel 9	**Artikel 9**
Änderung des Einkommensteuergesetzes	**unverändert**
In § 3 Nummer 36 des Einkommensteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I S. 3366, 3862), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Februar 2016 (BGBl. I S. 310) geändert worden ist, werden die Wörter „zur Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung“ durch die Wörter „zu körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen oder Hilfen bei der Haushaltsführung“ ersetzt.	
Artikel 10	**Artikel 10**
Änderung des Gewerbesteuergesetzes	**unverändert**
In § 3 Nummer 20 Buchstabe c des Gewerbesteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 2002 (BGBl. I S. 4167), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 2. November 2015	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(BGBl. I S. 1834) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 61 Abs. 1“ durch die Angabe „§ 61“ ersetzt.	
Artikel 11	**Artikel 11**
Änderung des Umsatzsteuergesetzes	**unverändert**
§ 4 Nummer 16 Satz 1 Buchstabe g des Umsatzsteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. Februar 2005 (BGBl. I S. 386), das zuletzt durch die Artikel 11 und 12 des Gesetzes vom 2. November 2015 (BGBl. I S. 1834) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:	
„g) Einrichtungen, soweit sie Leistungen erbringen, die landesrechtlich als Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch anerkannt sind,“.	
Artikel 12	**Artikel 12**
Änderung des Bundesversorgungsgesetzes	**Änderung des Bundesversorgungsgesetzes**
Das Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 3. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2163) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 3. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2163) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. In § 25 Absatz 6 wird die Angabe „§ 26c Abs. 8“ durch die Angabe „§ 26c Absatz 1“ ersetzt.	1. unverändert
2. In § 25e Absatz 3 wird die Angabe „§ 26c Abs. 11“ durch die Angabe „§ 26c Absatz 5“ ersetzt.	2. unverändert
3. In § 25f Absatz 2 Nummer 4 werden die Wörter „Pflegegeldleistungen an Schwerstpflegebedürftige nach § 26c Absatz 8 Satz 3“ durch die Wörter „Pflegegeld nach § 26c Absatz 1 für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 oder 5“ ersetzt.	3. unverändert
4. § 26c wird wie folgt gefasst:	4. unverändert
„§ 26c	
(1) Beschädigte und Hinterbliebene erhalten Hilfe zur Pflege in entsprechender Anwendung von § 13 des Zwölften Buches Sozialgesetz-	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
buch sowie des Siebten Kapitels des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes geregelt ist.	
(2) Der Hilfe zur Pflege gehen die Leistungen nach § 35 vor.	
(3) Stellen Pflegebedürftige ihre Pflege nach § 63b Absatz 6 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicher, gelten § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 34 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.	
(4) § 64a Absatz 2 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch findet keine Anwendung.	
(5) Bei der Festsetzung der Einkommensgrenze sind folgende Regelungen entsprechend anzuwenden:	
1. § 27d Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 bei der Pflege in einer stationären Einrichtung, wenn sie voraussichtlich auf längere Zeit erforderlich ist, sowie bei der häuslichen Pflege von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 oder 3 und	
2. § 27d Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 sowie Satz 2 und 3 bei dem Pflegegeld für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 oder 5.	
(6) Werden Leistungen der Hilfe zur Pflege für ein volljähriges Kind der Beschädigten erbracht, haben Beschädigte Einkommen und Vermögen bis zur Höhe des Betrages nach § 27h Absatz 2 Satz 3 einzusetzen, soweit das Einkommen die für die Leistung maßgebliche Einkommensgrenze nach § 25e Absatz 1 oder § 26c Absatz 5 oder das Vermögen die Vermögensgrenze nach § 25f übersteigt.“	
5. § 26d wird wie folgt geändert:	5. unverändert
a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:	
„(1) Beschädigte und Hinterbliebene mit eigenem Haushalt sollen Leistungen zur Weiterführung des Haushalts erhalten, wenn weder sie selbst noch Haushaltsangehörige, mit denen sie zusammenleben, den Haushalt führen können und die Weiterführung des Haushalts geboten ist. Der Träger der Kriegsopferfürsorge soll darauf hinwirken, dass die Weiterführung des Haushalts durch	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Personen, die den Beschädigten und Hinterbliebenen nahestehen, oder im Wege der Nachbarschaftshilfe übernommen wird. Die Leistungen sollen in der Regel nur vorübergehend erbracht werden. Satz 3 gilt nicht, wenn durch die Leistungen die Unterbringung in einer stationären Einrichtung vermieden oder aufgeschoben werden kann.“	
b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:	
„(3) Beschädigten und Hinterbliebenen im Sinne des Absatzes 1 sind die angemessenen Aufwendungen für eine haushaltsführende Person zu erstatten. Es können auch angemessene Beihilfen geleistet sowie Beiträge der haushaltsführenden Person für eine angemessene Alterssicherung übernommen werden, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist. Ist neben oder anstelle der Weiterführung des Haushalts die Heranziehung einer besonderen Person zur Haushaltsführung erforderlich oder eine Beratung oder eine zeitweilige Entlastung der haushaltsführenden Person geboten, sind die angemessenen Kosten zu übernehmen.“	
6. § 26e wird wie folgt geändert:	6. unverändert
a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:	
„Sie soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und Beschädigten und Hinterbliebenen im Alter die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeiten zur Selbsthilfe zu stärken.“	
b) Absatz 2 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:	
„2. Beratung und Unterstützung im Vor- und Umfeld von Pflege, insbesondere in allen Fragen des Angebots an Wohnformen bei Unterstützungs-, Betreuungs- oder Pflegebedarf sowie an Diensten, die Betreuung oder Pflege leisten,“.	
c) Folgender Absatz 5 wird angefügt:	
„(5) Die Leistungen der Altenhilfe sind mit den übrigen Leistungen dieses Gesetzes, den Leistungen der örtlichen Altenhilfe und der kommunalen Infrastruktur zur Vermei-	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
dung sowie Verringerung der Pflegebedürftigkeit und zur Inanspruchnahme der Leistungen der Eingliederungshilfe zu verzahnen. Die Ergebnisse der Gesamtplanung nach § 58 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sowie die Grundsätze der Koordination, Kooperation und Konvergenz der Leistungen nach den Vorschriften des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sind zu berücksichtigen.“	
7. § 27d wird wie folgt geändert:	7. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Nummer 1 Buchstabe c wird das Komma und werden die Wörter „wenn der in § 26c Abs. 8 Satz 1 und 2 genannte Schweregrad der Pflegebedürftigkeit besteht“ durch die Wörter „von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 oder 3“ ersetzt.	
bb) In Nummer 2 Buchstabe b werden die Wörter „nach § 26c Abs. 8 Satz 3“ durch die Wörter „für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 oder 5“ ersetzt.	
b) In Absatz 7 wird die Angabe „§ 26c Abs. 12“ durch die Angabe „§ 26c Absatz 6“ ersetzt.	
8. In § 27h Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „§ 26c Abs. 11“ durch die Angabe „§ 26c Absatz 5“ ersetzt.	8. u n v e r ä n d e r t
9. Nach § 27j *wird folgender §* 27k eingefügt:	9. Nach § 27j **werden die folgenden §§** 27k **und 27l** eingefügt:
„§ 27k	„§ 27k
(1) Pflegebedürftige, deren Pflegebedürftigkeit nach § 26c in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt worden ist und bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen auf Leistungen nach § 26c vorliegen, werden ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung wie folgt in die Pflegegrade übergeleitet:	(1) Pflegebedürftige, deren Pflegebedürftigkeit nach § 26c in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt worden ist und bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen auf Leistungen nach § 26c **in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung** vorliegen, werden ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung wie folgt in die Pflegegrade übergeleitet:
1. Pflegebedürftige mit Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,	1. u n v e r ä n d e r t

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. Pflegebedürftige mit Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,	2. unverändert
3. Pflegebedürftige mit Pflegestufe III in den Pflegegrad 4.	3. unverändert
(2) Die Überleitung in die Pflegegrade nach § 140 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist für den Träger der Kriegsopferfürsorge bindend. “	(2) Die Überleitung in die Pflegegrade nach § 140 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist für den Träger der Kriegsopferfürsorge bindend**.**
	§ 27l
	Einer Person, die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf Leistungen nach § 26c in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung hat, sind die ihr am 31. Dezember 2016 zustehenden Leistungen über den 31. Dezember 2016 hinaus bis zum Abschluss des von Amtswegen zu betreibenden Verfahrens zur Ermittlung und Feststellung des Pflegegrades und des notwendigen pflegerischen Bedarfs nach § 26c Absatz 1 in Verbindung mit § 63a des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung weiter zu gewähren. Soweit Personen zugleich Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung erhalten, sind diese anzurechnen; dies gilt nicht für die Zuschläge nach § 141 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie für den Entlastungsbetrag nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Ergibt das Verfahren, dass für die Zeit ab dem 1. Januar 2017 die Leistungen für den notwendigen pflegerischen Bedarf, die nach § 26c in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung zu gewähren sind, geringer sind als die nach Satz 1 gewährten Leistungen, so sind die nach Satz 1 gewährten höheren Leistungen nicht vom Leistungsbezieher zu erstatten; § 45 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Ergibt das Verfahren, dass für die Zeit ab dem 1. Januar 2017 die Leistungen für den notwendigen pflegerischen Bedarf, die nach § 26c in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung zu gewähren sind, höher sind als die nach Satz 1 gewährten Leistungen, so sind die Leistungen rückwirkend nach § 26c in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung zu gewähren.“
10. § 64b wird wie folgt geändert:	10. unverändert

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:	
„2. Pflegegeld nach § 26c Absatz 1,“.	
b) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „der Pflegestufe, die für Leistungen nach § 26c Absatz 8“ durch die Wörter „des Pflegegrades, der für die Erbringung von Pflegegeld nach § 26c Absatz 1“ ersetzt.	
Artikel 13	**Artikel 13**
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Mai 2016 (BGBl. I S. 1254) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Mai 2016 (BGBl. I S. 1254) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. In § 11 Absatz 3 werden die Wörter „§ 66 Absatz 4 Satz 2“ durch die Wörter „§ 63b Absatz 6 Satz 1“ ersetzt.	1. unverändert
	2. § 37 wird wie folgt geändert:
2. In *§ 37* Absatz 1a Satz 1 werden nach dem Wort „Pflegebedürftigkeit“ die Wörter „mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5“ eingefügt.	**a)** In Absatz 1a Satz 1 werden nach dem Wort „Pflegebedürftigkeit“ die Wörter „mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5“ eingefügt.
	b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
	„Versicherte erhalten in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a des Elften Buches Leistungen nach Satz 1, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.“
	2a. § 38 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 3 wird nach dem Wort „Versicherte“ ein Komma und werden die Wörter „soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt,“ eingefügt.
	b) Folgender Satz wird angefügt:
	„Die Pflegebedürftigkeit von Versicherten schließt Haushaltshilfe nach den Sätzen 3

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	und 4 zur Versorgung des Kindes nicht aus.“
3. In § 39c Satz 1 werden nach dem Wort „Pflegebedürftigkeit“ die Wörter „mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5“ eingefügt.	3. unverändert
	4. § 132a wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 4 wird wie folgt geändert:
	aaa) Nummer 1 wird aufgehoben.
	bbb) Die Nummern 2 bis 7 werden die Nummern 1 bis 6.
	bb) Satz 5 wird wie folgt gefasst:
	„Um den Besonderheiten der intensivpflegerischen Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege Rechnung zu tragen, sind in den Rahmenempfehlungen auch Regelungen über die behandlungspflegerische Versorgung von Versicherten, die auf Grund eines besonders hohen Bedarfs an diesen Leistungen oder einer Bedrohung ihrer Vitalfunktion einer ununterbrochenen Anwesenheit einer Pflegekraft bedürfen, vorzusehen.“
	cc) In Satz 6 wird die Angabe „Nummer 7“ durch die Angabe „Nummer 6“ ersetzt.
	dd) Folgender Satz wird angefügt:
	„Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Verträgen nach Absatz 4 zugrunde zu legen.“
4. Nach § 132a Absatz 2 *Satz 9 werden die folgenden Sätze eingefügt*:	**b)** Absatz 2 **wird wie folgt gefasst**:
„Die Leistungserbringer sind verpflichtet, an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; die *Vorschriften zur Regelprüfung* nach *§ 114* Absatz *2 des Elften Buches bleiben unberührt. Der Leistungserbringer hat der Krankenkasse anzuzeigen, dass er behandlungspflegerische Leistungen erbringt, bei denen auf Grund eines erhöhten Pflegeaufwandes oder einer Bedrohung der Vitalfunktionen des Versicherten die ununterbrochene Anwesenheit einer Pflegefachkraft erforderlich ist, wenn er diese*	**„(2) Kommt eine Rahmenempfehlung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zu Stande, können** die **Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle** nach Absatz **3 anrufen. Die Schiedsstelle kann auch vom Bundesministerium** für **Gesundheit angerufen werden. Sie setzt innerhalb von drei Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt fest**.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Leistungen für *mindestens zwei Versicherte in einer durch ihn oder einen Dritten organisierten Wohneinheit erbringt.*“	
	c) Die folgenden Absätze 3 und 4 werden angefügt:
	„(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden erstmals bis zum ... (einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf das Inkrafttreten gemäß Artikel X Absatz X folgenden Kalendermonats) eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Pflegedienste in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Rahmenempfehlungspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, gilt § 89 Absatz 3 Satz 5 und 6 entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten regeln. § 129 Absatz 9 und 10 Satz 1 gilt entsprechend.
	(4) Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich

Vorabfassung wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	und preisgünstig erbracht werden. Verträge dürfen nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt. Der Leistungserbringer hat der Krankenkasse anzuzeigen, dass er behandlungspflegerische Leistungen im Sinne des Absatzes 1 Satz 5 erbringt, wenn er diese Leistungen für mindestens zwei Versicherte in einer durch den Leistungserbringer oder einen Dritten organisierten Wohneinheit erbringt. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege geeignete Personen anstellen.“
5. Nach § 275a wird folgender § 275b eingefügt:	5. Nach § 275a wird folgender § 275b eingefügt:
„§ 275b	„§ 275b
Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst	Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst
(1) Die Landesverbände der Krankenkassen veranlassen bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz *2* abgeschlossen haben und die keiner Regelprüfung nach § 114 Absatz 2 des Elften Buches	(1) Die Landesverbände der Krankenkassen veranlassen bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz **4** abgeschlossen haben und die keiner Regelprüfung nach § 114 Absatz 2 des Elften Buches

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
unterliegen, Regelprüfungen durch den Medizinischen Dienst; § 114 Absatz 2 und 3 des Elften Buches gilt entsprechend. Der Medizinische Dienst führt bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz *2* abgeschlossen haben, im Auftrag der Krankenkassen oder der Landesverbände der Krankenkassen auch anlassbezogen Prüfungen durch, ob die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den nach diesem Buch abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen für Leistungen nach § 37 erfüllt sind und ob die Abrechnung ordnungsgemäß erfolgt ist; § 114 Absatz 4 des Elften Buches gilt entsprechend. Das Nähere, insbesondere zu den Prüfanlässen, den Inhalten der Prüfungen, der Durchführung der Prüfungen, der Beteiligung der Krankenkassen an den Prüfungen sowie zur Abstimmung der Prüfungen nach den Sätzen 1 und 2 mit den Prüfungen nach § 114 des Elften Buches bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Richtlinien nach § 282 Absatz 2 Satz 3. § 114a Absatz 7 Satz 5 bis 8 und 11 des Elften Buches gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass auch den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist. Die Richtlinien sind bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des neunten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu beschließen.	unterliegen, Regelprüfungen durch den Medizinischen Dienst; § 114 Absatz 2 und 3 des Elften Buches gilt entsprechend. Der Medizinische Dienst führt bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz **4** abgeschlossen haben, im Auftrag der Krankenkassen oder der Landesverbände der Krankenkassen auch anlassbezogen Prüfungen durch, ob die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den nach diesem Buch abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen für Leistungen nach § 37 erfüllt sind und ob die Abrechnung ordnungsgemäß erfolgt ist; § 114 Absatz 4 des Elften Buches gilt entsprechend. Das Nähere, insbesondere zu den Prüfanlässen, den Inhalten der Prüfungen, der Durchführung der Prüfungen, der Beteiligung der Krankenkassen an den Prüfungen sowie zur Abstimmung der Prüfungen nach den Sätzen 1 und 2 mit den Prüfungen nach § 114 des Elften Buches bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Richtlinien nach § 282 Absatz 2 Satz 3. § 114a Absatz 7 Satz 5 bis 8 und 11 des Elften Buches gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass auch den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist. Die Richtlinien sind bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des neunten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu beschließen.
(2) Für die Durchführung der Prüfungen nach Absatz 1 gelten § 114a Absatz 1 bis 3a des Elften Buches sowie § 276 Absatz 2 Satz 3 bis 9 entsprechend. Prüfungen nach Absatz 1 bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz *2* abgeschlossen haben und die in einer Wohneinheit behandlungspflegerische Leistungen erbringen, die nach § 132a Absatz *2* Satz *11* anzeigepflichtig sind, sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen. Räume dieser Wohneinheit, die einem Wohnrecht der Versicherten unterliegen, dürfen vom Medizinischen Dienst ohne deren Einwilligung nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung *drohender* Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. Der Medizinische Dienst ist im Rahmen der Prüfungen nach Absatz 1 befugt, zu den üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten die Räume des Leis-	(2) Für die Durchführung der Prüfungen nach Absatz 1 gelten § 114a Absatz 1 bis 3a des Elften Buches sowie § 276 Absatz 2 Satz 3 bis 9 entsprechend. Prüfungen nach Absatz 1 bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz **4** abgeschlossen haben und die in einer Wohneinheit behandlungspflegerische Leistungen erbringen, die nach § 132a Absatz **4** Satz **12** anzeigepflichtig sind, sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen. Räume dieser Wohneinheit, die einem Wohnrecht der Versicherten unterliegen, dürfen vom Medizinischen Dienst ohne deren Einwilligung nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung **dringender** Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. Der Medizinische Dienst ist im Rahmen der Prüfungen nach Absatz 1 befugt, zu den üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten die Räume

Vorabfassung, wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
tungserbringers, mit dem die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz *2* abgeschlossen haben, zu betreten, die erforderlichen Unterlagen einzusehen und personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für die Prüfungen nach Absatz 1 erforderlich und in den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 3 festgelegt ist; für die Einwilligung der Betroffenen gilt § 114a Absatz 3 Satz 5 des Elften Buches entsprechend. Der Leistungserbringer, mit dem die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz *2* abgeschlossen haben, ist zur Mitwirkung bei den Prüfungen nach Absatz 1 verpflichtet und hat dem Medizinischen Dienst Zugang zu den Räumen und den Unterlagen zu verschaffen sowie die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der Medizinische Dienst die Prüfungen nach Absatz 1 ordnungsgemäß durchführen kann. Im Rahmen der Mitwirkung ist der Leistungserbringer befugt und verpflichtet, dem Medizinischen Dienst Einsicht in personenbezogene Daten zu gewähren oder diese Daten dem Medizinischen Dienst auf dessen Anforderung zu übermitteln. Für die Einwilligung der Betroffenen gilt § 114a Absatz 3 Satz 5 des Elften Buches entsprechend. § 114a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Elften Buches sowie § 277 Absatz 1 Satz 4 gelten entsprechend.	des Leistungserbringers, mit dem die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz **4** abgeschlossen haben, zu betreten, die erforderlichen Unterlagen einzusehen und personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für die Prüfungen nach Absatz 1 erforderlich und in den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 3 festgelegt ist; für die Einwilligung der Betroffenen gilt § 114a Absatz 3 Satz 5 des Elften Buches entsprechend. Der Leistungserbringer, mit dem die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz **4** abgeschlossen haben, ist zur Mitwirkung bei den Prüfungen nach Absatz 1 verpflichtet und hat dem Medizinischen Dienst Zugang zu den Räumen und den Unterlagen zu verschaffen sowie die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der Medizinische Dienst die Prüfungen nach Absatz 1 ordnungsgemäß durchführen kann. Im Rahmen der Mitwirkung ist der Leistungserbringer befugt und verpflichtet, dem Medizinischen Dienst Einsicht in personenbezogene Daten zu gewähren oder diese Daten dem Medizinischen Dienst auf dessen Anforderung zu übermitteln. Für die Einwilligung der Betroffenen gilt § 114a Absatz 3 Satz 5 des Elften Buches entsprechend. § 114a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Elften Buches sowie § 277 Absatz 1 Satz 4 gelten entsprechend.
(3) Der Medizinische Dienst berichtet dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über seine Erfahrungen mit den nach den Absätzen 1 und 2 durchzuführenden Prüfungen, über die Ergebnisse seiner Prüfungen sowie über seine Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung in der häuslichen Krankenpflege. Die Medizinischen Dienste stellen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten sicher. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hat die Erfahrungen und Erkenntnisse der Medizinischen Dienste zu den nach den Absätzen 1 und 2 durchzuführenden Prüfungen sowie die Ergebnisse dieser Prüfungen in den Bericht nach § 114a Absatz 6 des Elften Buches einzubeziehen.“	(3) unverändert
6. In § 281 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 275 Abs. 1 bis 3a und § 275a mit Ausnahme der Kontrollen nach § 275a Absatz 4 erforderlichen Mittel“ durch die Wörter „§ 275 Absatz 1 bis 3a, den §§ 275a und 275b erforderlichen Mittel	6. unverändert

Vorabfassung, wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
mit Ausnahme der erforderlichen Mittel für die Kontrollen nach § 275a Absatz 4“ ersetzt.	
7. Dem § 302 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:	7. unverändert
„Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 ist zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 die Zeit der Leistungserbringung anzugeben.“	
Artikel 14	**Artikel 14**
Änderung des Pflege-Versicherungsgesetzes	**unverändert**
Die Artikel 49, 49a, 49b und 52a des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 2797), das zuletzt durch Artikel 3 Absatz 6 des Gesetzes vom 29. Juni 2015 (BGBl. I S. 1061) geändert worden ist, werden aufgehoben.	
Artikel 15	**Artikel 15**
Änderung der Pflegestatistik-Verordnung	**Änderung der Pflegestatistik-Verordnung**
Die Pflegestatistik-Verordnung vom 24. November 1999 (BGBl. I S. 2282), die durch Artikel 1 der Verordnung vom 19. Juli 2013 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Die Pflegestatistik-Verordnung vom 24. November 1999 (BGBl. I S. 2282), die durch Artikel 1 der Verordnung vom 19. Juli 2013 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 2 wird wie folgt geändert:	1. § 2 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) unverändert
aa) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:	
„4. betreute Pflegebedürftige	
a) nach Geschlecht, Geburtsjahr, Grad der Pflegebedürftigkeit,	
b) bei stationär betreuten Pflegebedürftigen auch die Art der in Anspruch genommenen Pflegeleistung,	
c) bei ambulant betreuten Pflegebedürftigen die Postleitzahl des Wohnorts sowie	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
d) bei vollstationär betreuten Pflegebedürftigen die Postleitzahl des Wohnorts vor Einzug in das Pflegeheim,“.	
bb) In Nummer 5 Buchstabe a wird das Wort „Pflegeklassen“ durch das Wort „Pflegegraden“ ersetzt.	
b) In Absatz 2 Nummer 2 werden die Wörter „nach §§ 37, 38 oder 123 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ durch die Wörter „nach *den §§* 37 oder 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.	b) In Absatz 2 Nummer 2 werden die Wörter „nach §§ 37, 38 oder 123 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ durch die Wörter „nach **§** 37 oder **§** 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch **sowie Empfänger von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die dem Pflegegrad 1 zugeordnet sind, und Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1, die keine Leistungen der Pflegeversicherung im Kostenerstattungsverfahren nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Anspruch nehmen,“** ersetzt.
2. In § 3 Nummer 4 werden die Wörter „Telefon- und Telefaxnummer“ durch das Wort „Kontaktdaten“ ersetzt.	2. unverändert
3. In § 7 werden die Wörter „Telefon- und Telefaxnummer“ durch das Wort „Kontaktdaten“ ersetzt.	3. unverändert
Artikel 16	**Artikel 16**
Änderung des Medizinproduktegesetzes	**Änderung des Medizinproduktegesetzes**
Das Medizinproduktegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 278 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Medizinproduktegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 278 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. *In der* Inhaltsübersicht wird *die Angabe zu § 14* wie folgt *gefasst*:	1. **Die** Inhaltsübersicht wird wie folgt **geändert**:
	a) Die Angabe zu § 14 wird wie folgt gefasst:
„§ 14 Tätigkeiten im Zusammenhang mit Medizinprodukten“.	„§ 14 unverändert
	b) Nach der Angabe zu § 32 wird folgende Angabe zu § 32a eingefügt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„§ 32a Besondere Zuständigkeiten“.
2. § 11 Absatz 3a wird aufgehoben.	2. unverändert
3. § 13 Absatz 2 und 3 wird wie folgt gefasst:	3. unverändert
„(2) Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Hersteller und einer Benannten Stelle über	
1. die Anwendung der vorgenannten Regeln,	
2. die Abgrenzung von Medizinprodukten zu anderen Produkten oder	
3. die Einstufung, ob es sich bei Medizinprodukten der Klasse I um solche mit Messfunktion oder um steril in Verkehr gebrachte Medizinprodukte handelt,	
hat die Benannte Stelle der zuständigen Behörde die Angelegenheit zur Entscheidung vorzulegen.	
(3) Die zuständige Bundesoberbehörde entscheidet ferner auf Antrag einer zuständigen Behörde oder des Herstellers über	
1. die Klassifizierung einzelner Medizinprodukte,	
2. die Abgrenzung von Medizinprodukten zu anderen Produkten oder	
3. die Einstufung, ob es sich bei Medizinprodukten der Klasse I um solche mit Messfunktion oder um steril in Verkehr gebrachte Medizinprodukte handelt.“	
4. § 14 wird wie folgt gefasst:	4. unverändert
„§ 14	
Tätigkeiten im Zusammenhang mit Medizinprodukten	
Medizinprodukte dürfen nur nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach § 37 Absatz 5 betrieben und angewendet werden. Medizinprodukte dürfen nicht betrieben und angewendet werden, wenn sie Mängel aufweisen, durch die Patienten, Beschäftigte oder Dritte gefährdet werden können.“	
5. § 15 wird wie folgt gefasst:	5. § 15 wird wie folgt gefasst:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„§ 15	„§ 15
Benennung und Überwachung der Stellen, Anerkennung und Beauftragung von Prüflaboratorien	Benennung und Überwachung der Stellen, Anerkennung und Beauftragung von Prüflaboratorien
(1) Bei der zuständigen Behörde kann ein Antrag auf Benennung als Benannte Stelle gestellt werden. Voraussetzung für die Benennung ist, dass die Befähigung der Stelle zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben sowie die Einhaltung der Kriterien des Anhangs 8 der Richtlinie 90/385/EWG, des Anhangs XI der Richtlinie 93/42/EWG, des Anhangs IX der Richtlinie 98/79/EG und der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 920/2013 der Kommission vom 24. September 2013 über die Benennung und Beaufsichtigung benannter Stellen gemäß der Richtlinie 90/385/EWG des Rates über aktive implantierbare medizinische Geräte und der Richtlinie 93/42/EWG des Rates über Medizinprodukte (ABl. L 253 vom 25.9.2013, S. 8) entsprechend den Verfahren, für die sie benannt werden soll, durch die zuständige Behörde in einem Benennungsverfahren festgestellt wurden. Die Benennung kann unter Auflagen erteilt werden und ist zu befristen. Die zuständige Behörde teilt der Europäischen Kommission die Benannten Stellen, die für Aufgaben im Zusammenhang mit der Durchführung von Konformitätsbewertungsverfahren nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach § 37 Absatz 1 benannt wurden, sowie die Aufgabengebiete der Benannten Stellen mit.	(1) unverändert
(2) Die zuständige Behörde überwacht die Einhaltung der in Absatz 1 für Benannte Stellen festgelegten Verpflichtungen und Anforderungen. Die zuständige Behörde trifft die Anordnungen, die zur Beseitigung festgestellter Mängel oder zur Verhütung künftiger Verstöße notwendig sind. Die Überwachung der Benannten Stellen, die an der Durchführung von Konformitätsbewertungsverfahren für Medizinprodukte, die ionisierende Strahlen erzeugen oder radioaktive Stoffe enthalten, beteiligt sind, wird im Auftrag des Bundes durch die Länder ausgeführt. Die zuständige Behörde kann von der Benannten Stelle und deren mit der Leitung und der Durchführung von Fachaufgaben beauftragten Personal die zur Erfüllung ihrer Überwachungsaufgaben erforderlichen Auskünfte und sonstige Unterstützung verlangen. Die zuständige Behörde ist befugt, die Benannte Stelle bei Überprüfungen zu begleiten. Die Beauftragten	(2) unverändert

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
der zuständigen Behörde sind befugt, zu den üblichen Betriebs- und Geschäftszeiten Grundstücke und Geschäftsräume sowie Prüflaboratorien zu betreten und zu besichtigen und die Vorlage von Unterlagen, insbesondere Unterlagen über die Erteilung der Bescheinigungen und zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen des Absatzes 1 Satz 2, zu verlangen. Das Betretungsrecht erstreckt sich auch auf Grundstücke des Herstellers und seiner Unterauftragnehmer von entscheidender Bedeutung, soweit die Überwachung dort erfolgt. § 26 Absatz 4 und 5 gilt entsprechend.	
(3) Stellen, die der Europäischen Kommission und den anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union auf Grund eines Rechtsaktes des Rates oder der Europäischen Kommission von einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum mitgeteilt wurden, sind Benannten Stellen nach Absatz 1 gleichgestellt.	(3) unverändert
(4) Die zuständige Behörde macht die deutschen Benannten Stellen mit ihren jeweiligen Aufgaben und ihrer Kennnummer auf ihrer Internetseite bekannt.	(4) unverändert
(5) Soweit eine Benannte Stelle zur Erfüllung ihrer Aufgaben Prüflaboratorien beauftragt, muss sie sicherstellen, dass diese die auf sie zutreffenden Kriterien des Anhangs 8 der Richtlinie 90/385/EWG, des Anhangs XI der Richtlinie 93/42/EWG in Verbindung mit Anhang I der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 920/2013 oder des Anhangs IX der Richtlinie 98/79/EG entsprechend den Verfahren, für die sie beauftragt werden sollen, erfüllen. Die Erfüllung der Mindestkriterien ist in einem Anerkennungsverfahren durch die zuständige Behörde festzustellen. Die Anerkennung kann unter Auflagen erteilt werden und ist zu befristen.“	(5) Soweit eine Benannte Stelle zur Erfüllung ihrer Aufgaben Prüflaboratorien beauftragt, muss sie sicherstellen, dass diese die auf sie zutreffenden Kriterien des Anhangs 8 der Richtlinie 90/385/EWG, des Anhangs XI der Richtlinie 93/42/EWG in Verbindung mit Anhang I der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 920/2013 oder des Anhangs IX der Richtlinie 98/79/EG entsprechend den Verfahren, für die sie beauftragt werden sollen, erfüllen. Die Erfüllung der Mindestkriterien ist in einem Anerkennungsverfahren durch die zuständige Behörde festzustellen. Die Anerkennung kann unter Auflagen erteilt werden und ist zu befristen**. Absatz 2 Satz 1, 2, 4 bis 8 und Absatz 4 gelten entsprechend.**
	(6) Die Anerkennung nach Absatz 5 erlischt mit Fristablauf, mit der Einstellung des Betriebs des Prüflaboratoriums oder durch Verzicht. Die Einstellung oder der Verzicht sind der zuständigen Behörde unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Die zuständige Behörde nimmt die Anerkennung zurück, soweit nachträglich bekannt wird, dass ein Prüflaboratorium bei der Anerkennung nicht die Voraussetzungen für eine Anerkennung erfüllt hat. Sie widerruft die Anerkennung, soweit die Vo

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	raussetzungen für eine Anerkennung nachträglich weggefallen sind. An Stelle des Widerrufs kann das Ruhen der Anerkennung angeordnet werden.“
6. § 15a wird wie folgt geändert:	6. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:	
„§ 15 Absatz 1, 2 und 4 gilt entsprechend.“	
b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „dem Bundesministerium für Gesundheit“ durch die Wörter „der Europäischen Kommission“ ersetzt.	
7. § 16 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:	7. u n v e r ä n d e r t
„(4) Die zuständige Behörde teilt der Europäischen Kommission unverzüglich das Erlöschen, die Rücknahme und den Widerruf unter Angabe der Gründe und der für notwendig erachteten Maßnahmen mit. Erlöschen, Rücknahme und Widerruf einer Benennung sind von der zuständigen Behörde auf deren Internetseite bekannt zu machen.“	
8. § 26 Absatz 3 wird wie folgt geändert:	8. § 26 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
a) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:	a) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:
„1. Grundstücke, Geschäftsräume, Betriebsräume, Beförderungsmittel, in denen eine Tätigkeit nach Absatz 1 ausgeübt wird, zu den üblichen Geschäftszeiten und zur Verhütung *drohender* Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung auch Wohnräume, in denen eine Tätigkeit nach Absatz 1 ausgeübt wird, zu betreten und zu besichtigen sowie in Geschäftsräumen, Betriebsräumen und Beförderungsmitteln zur Dokumentation bewegte und unbewegte Bildaufzeichnungen anzufertigen; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt,“.	„1. Grundstücke, Geschäftsräume, Betriebsräume, Beförderungsmittel, in denen eine Tätigkeit nach Absatz 1 ausgeübt wird, zu den üblichen Geschäftszeiten und zur Verhütung **dringender** Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung auch Wohnräume, in denen eine Tätigkeit nach Absatz 1 ausgeübt wird, zu betreten und zu besichtigen sowie in Geschäftsräumen, Betriebsräumen und Beförderungsmitteln zur Dokumentation bewegte und unbewegte Bildaufzeichnungen anzufertigen; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt,“.
b) In Nummer 3 werden die Wörter „und hieraus in begründeten Fällen Abschriften oder Ablichtungen anzufertigen“ gestrichen.	b) u n v e r ä n d e r t
c) Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:	**entfällt**
„3a. Abschriften oder Ablichtungen von Unterlagen nach Nummer 3 oder Ausdrucke oder Kopien von Datenträgern, auf	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
denen Unterlagen nach Nummer 3 gespeichert sind, anzufertigen oder zu verlangen, soweit es sich nicht um personenbezogene Daten von Patienten handelt,“.	
d) Der Nummer 4 werden die Wörter „von natürlichen und juristischen Personen und nicht rechtsfähigen Personenvereinigungen“ vorangestellt und der Punkt am Ende wird durch ein Komma ersetzt.	**c**) unverändert
e) *Folgende Nummer* 5 *wird* angefügt:	**d**) **Die folgenden Nummern** 5 **und 6 werden** angefügt:
„5. Unterlagen und Dokumente, die nach Maßgabe der Verordnung nach § 37 Absatz 5 zu erstellen und zu führen sind, einzusehen.“	„5. Unterlagen und Dokumente, die nach Maßgabe der Verordnung nach § 37 Absatz 5 zu erstellen und zu führen sind, einzusehen**,**
	6. Abschriften oder Ablichtungen von Unterlagen oder Dokumenten nach den Nummern 3 und 5 oder Ausdrucke oder Kopien von Datenträgern, auf denen Unterlagen oder Dokumente nach den Nummern 3 und 5 gespeichert sind, anzufertigen oder zu verlangen, soweit es sich nicht um personenbezogene Daten von Patienten handelt.“
9. § 31 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:	9. unverändert
„(4) Der Medizinprodukteberater hat Mitteilungen von Angehörigen der Fachkreise über Nebenwirkungen, wechselseitige Beeinflussungen, Fehlfunktionen, technische Mängel, Gegenanzeigen, Verfälschungen oder sonstige Risiken bei Medizinprodukten aufzuzeichnen und unverzüglich dem Verantwortlichen nach § 5 Satz 1 und 2 oder dessen Sicherheitsbeauftragten für Medizinprodukte schriftlich oder elektronisch zu übermitteln.“	
10. Dem § 32 Absatz 3 Nummer 3 werden die Wörter „die Bundesoberbehörden,“ vorangestellt.	10. unverändert
	10a. Nach § 32 wird folgender § 32a eingefügt:
	„§ 32a
	Besondere Zuständigkeiten
	Die Bearbeitung von Meldungen der für die Kontrolle der Außengrenzen zuständigen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Behörden über Aussetzungen gemäß Artikel 27 Absatz 3 Satz 1 der Verordnung (EG) Nr. 765/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. Juli 2008 über die Vorschriften für die Akkreditierung und Marktüberwachung im Zusammenhang mit der Vermarktung von Produkten und zur Aufhebung der Verordnung (EWG) Nr. 339/93 des Rates (ABl. L 218 vom 13.08.2008, S. 30) obliegt der Überwachungsbehörde, die für die Zollstelle örtlich zuständig ist.“
11. § 42 wird wie folgt geändert:	11. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) In Nummer 5 werden die Wörter „oder Absatz 3a“ gestrichen.	
bb) In Nummer 15 werden die Wörter „nicht richtig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Weise aufzeichnet oder nicht“ durch die Wörter „nicht richtig oder nicht vollständig aufzeichnet oder nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschrieben Weise“ ersetzt.	
cc) In Nummer 16 wird nach der Angabe „Abs. 1,“ die Angabe „2,“ eingefügt.	
b) In Absatz 3 wird das Wort „fünfundzwanzigtausend“ durch das Wort „dreißigtausend“ ersetzt.	
Artikel 17	**Artikel 17**
Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung	**u n v e r ä n d e r t**
Die Medizinprodukte-Abgabeverordnung vom 25. Juli 2014 (BGBl. I S. 1227), die durch Artikel 4 der Verordnung vom 19. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2371) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	
1. § 3 Absatz 4 Satz 2 wird aufgehoben.	
2. § 4 wird wie folgt geändert:	
a) In Absatz 1 werden die Wörter „oder § 3 Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 4 Satz 1“ gestrichen.	
b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:	

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„(3) Ordnungswidrig im Sinne des § 42 Absatz 2 Nummer 16 des Medizinproduktegesetzes handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig	
1. entgegen § 2 ein Medizinprodukt in den Verkehr bringt oder	
2. entgegen § 3 Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 4 ein Medizinprodukt abgibt.“	
	Artikel 17a
	Änderung des Ergotherapeutengesetzes
	Das Ergotherapeutengesetz vom 25. Mai 1976 (BGBl. I S. 1246), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. § 4 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Absatz 5 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:
	„Es ist dabei zulässig, den Unterricht modularisiert und kompetenzorientiert zu gestalten. Wird von der Möglichkeit des Satzes 3 Gebrauch gemacht, kann die zuständige Behörde abweichend von § 5 Absatz 1 Satz 1 und § 6 Absatz 1 Satz 1 der Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung eine der Unterrichtsform entsprechende modularisierte und kompetenzorientierte Gestaltung des schriftlichen und mündlichen Teils der staatlichen Prüfung zulassen. Dabei können Modulprüfungen, die nicht früher als zwei Monate vor dem Ende der Studienzeit durchgeführt werden, mit Zustimmung der zuständigen Behörde den schriftlichen oder mündlichen Teil der staatlichen Prüfung ganz oder teilweise ersetzen, sofern sie den inhaltlichen Anforderungen der §§ 5 und 6 der Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung entsprechen.“
	b) Dem Absatz 6 werden die folgenden Sätze angefügt:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	„Ergänzend hat die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben valide Aussagen zur Nachhaltigkeit der Modellvorhaben, die insbesondere den dauerhaften Nutzen einer akademischen Qualifikation, die Kostenfolgen im Gesundheitswesen oder die Auswirkungen des Ausschlusses von Schülerinnen und Schülern mit mittlerem Schulabschluss betreffen, zu enthalten. Duale Studiengänge, die nicht unter Absatz 5 fallen, weil das Studium parallel zur grundständigen, fachschulischen Ausbildung abgeleistet wird, können in die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben einbezogen werden.“
	c) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:
	„(7) Das Bundesministerium für Gesundheit erstattet dem Deutschen Bundestag über die Ergebnisse der Modellvorhaben nach Absatz 5 Bericht. Absatz 6 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend. Die Länder übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit auf Anforderung die für die Erstellung des Berichts erforderlichen Ergebnisse ihrer Auswertungen nach Absatz 6.“
	2. In § 10 wird die Angabe „2017“ jeweils durch die Angabe „2021“ ersetzt.
	Artikel 17b
	Änderung des Hebammengesetzes
	Das Hebammengesetzes vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), das zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. § 6 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Absatz 3 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:
	„Es ist dabei zulässig, den Unterricht modularisiert und kompetenzorientiert zu gestalten. Wird von der Möglichkeit des Satzes 3 Gebrauch gemacht, kann die zuständige Behörde abweichend von § 5 Absatz 1 Satz 1 und § 6 Absatz 1 Satz 1 der

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger eine der Unterrichtsform entsprechende modularisierte und kompetenzorientierte Gestaltung des schriftlichen und mündlichen Teils der staatlichen Prüfung zulassen. Dabei können Modulprüfungen, die nicht früher als zwei Monate vor dem Ende der Studienzeit durchgeführt werden, mit Zustimmung der zuständigen Behörde den schriftlichen oder mündlichen Teil der staatlichen Prüfung ganz oder teilweise ersetzen, sofern sie den inhaltlichen Anforderungen der §§ 5 und 6 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger entsprechen.“
	b) Dem Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:
	„Ergänzend hat die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben valide Aussagen zur Nachhaltigkeit der Modellvorhaben, die insbesondere den dauerhaften Nutzen einer akademischen Qualifikation, die Kostenfolgen im Gesundheitswesen oder die Auswirkungen des Ausschlusses von Schülerinnen und Schülern mit mittlerem Schulabschluss betreffen, zu enthalten. Duale Studiengänge, die nicht unter Absatz 5 fallen, weil das Studium parallel zur grundständigen, fachschulischen Ausbildung abgeleistet wird, können in die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben einbezogen werden.“
	c) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:
	„(5) Das Bundesministerium für Gesundheit erstattet dem Deutschen Bundestag über die Ergebnisse der Modellvorhaben nach Absatz 3 Bericht. Absatz 4 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend. Die Länder übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit auf Anforderung die für die Erstellung des Berichts erforderlichen Ergebnisse ihrer Auswertungen nach Absatz 4.“
	2. In § 33 wird die Angabe „2017“ jeweils durch die Angabe „2021“ ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Artikel 17c
	Änderung des Gesetzes über den Beruf des Logopäden
	Das Gesetz über den Beruf des Logopäden vom 7. Mai 1980 (BGBl. I S. 529), das zuletzt durch Artikel 16 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird wie folgt geändert.
	1. § 4 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Absatz 5 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:
	„Es ist dabei zulässig, den Unterricht modularisiert und kompetenzorientiert zu gestalten. Wird von der Möglichkeit des Satzes 3 Gebrauch gemacht, kann die zuständige Behörde abweichend von § 5 Absatz 1 Satz 1 und § 6 Absatz 1 Satz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden eine der Unterrichtsform entsprechende modularisierte und kompetenzorientierte Gestaltung des schriftlichen und mündlichen Teils der staatlichen Prüfung zulassen. Dabei können Modulprüfungen, die nicht früher als zwei Monate vor dem Ende der Studienzeit durchgeführt werden, mit Zustimmung der zuständigen Behörde den schriftlichen oder mündlichen Teil der staatlichen Prüfung ganz oder teilweise ersetzen, sofern sie den inhaltlichen Anforderungen der §§ 5 und 6 der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden entsprechen.“
	b) Dem Absatz 6 werden die folgenden Sätze angefügt:
	„Ergänzend hat die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben valide Aussagen zur Nachhaltigkeit der Modellvorhaben, die insbesondere den dauerhaften Nutzen einer akademischen Qualifikation, die Kostenfolgen im Gesundheitswesen oder die Auswirkungen des Ausschlusses von Schülerinnen und Schülern mit mittlerem Schulabschluss betreffen, zu enthalten. Duale Studiengänge, die nicht unter Absatz 5 fallen,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	weil das Studium parallel zur grundständigen, fachschulischen Ausbildung abgeleistet wird, können in die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben einbezogen werden.“
	c) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:
	„(7) Das Bundesministerium für Gesundheit erstattet dem Deutschen Bundestag über die Ergebnisse der Modellvorhaben nach Absatz 5 Bericht. Absatz 6 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend. Die Länder übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit auf Anforderung die für die Erstellung des Berichts erforderlichen Ergebnisse ihrer Auswertungen nach Absatz 6.“
	2. In § 11 wird die Angabe „2017“ jeweils durch die Angabe „2021“ ersetzt.
	Artikel 17d
	Änderung des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes
	Das Masseur- und Physiotherapeutengesetz vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), das zuletzt durch Artikel 25 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. § 9 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Absatz 2 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:
	„Es ist dabei zulässig, den Unterricht modularisiert und kompetenzorientiert zu gestalten. Wird von der Möglichkeit des Satzes 3 Gebrauch gemacht, kann die zuständige Behörde abweichend von § 12 Absatz 1 Satz 1 und § 13 Absatz 1 Satz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten eine der Unterrichtsform entsprechende modularisierte und kompetenzorientierte Gestaltung des schriftlichen und mündlichen Teils der staatlichen Prüfung zulassen. Dabei können Modulprüfungen, die nicht früher als zwei Monate vor dem Ende der

Vorabfassung wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Studienzeit durchgeführt werden, mit Zustimmung der zuständigen Behörde den schriftlichen oder mündlichen Teil der staatlichen Prüfung ganz oder teilweise ersetzen, sofern sie den inhaltlichen Anforderungen der §§ 12 und 13 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten entsprechen.“
	b) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:
	„Ergänzend hat die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben valide Aussagen zur Nachhaltigkeit der Modellvorhaben, die insbesondere den dauerhaften Nutzen einer akademischen Qualifikation, die Kostenfolgen im Gesundheitswesen oder die Auswirkungen des Ausschlusses von Schülerinnen und Schülern mit mittlerem Schulabschluss betreffen, zu enthalten. Duale Studiengänge, die nicht unter Absatz 2 fallen, weil das Studium parallel zur grundständigen, fachschulischen Ausbildung abgeleistet wird, können in die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben einbezogen werden.“
	c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
	„(4) Das Bundesministerium für Gesundheit erstattet dem Deutschen Bundestag über die Ergebnisse der Modellvorhaben nach Absatz 2 Bericht. Absatz 3 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend. Die Länder übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit auf Anforderung die für die Erstellung des Berichts erforderlichen Ergebnisse ihrer Auswertungen nach Absatz 3.“
	2. In § 19 wird die Angabe „2017“ jeweils durch die Angabe „2021“ ersetzt.
	Artikel 17e
	Änderung des Heilpraktikergesetzes
	§ 2 Absatz 1 des Heilpraktikergesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2122-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, das

Vorabfassung, wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:
	„(1) Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestallt zu sein, bisher berufsmäßig nicht ausgeübt hat, kann eine Erlaubnis nach § 1 in Zukunft nach Maßgabe der gemäß § 7 erlassenen Rechts- und Verwaltungsvorschriften erhalten, die insbesondere Vorgaben hinsichtlich Kenntnissen und Fähigkeiten als Bestandteil der Entscheidung über die Erteilung der Erlaubnis enthalten sollen.“
	Artikel 17f
	Änderung der Ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz
	§ 2 Absatz 1 der Ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2122-2-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 4. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4456) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. Buchstabe i wird wie folgt gefasst:
	„i) wenn sich aus einer Überprüfung der Kenntnisse und Fähigkeiten des Antragstellers durch das Gesundheitsamt, die auf der Grundlage von Leitlinien zur Überprüfung von Heilpraktikeranwärtern durchgeführt wurde, ergibt, dass die Ausübung der Heilkunde durch den Betreffenden eine Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung oder für die ihn aufsuchenden Patientinnen und Patienten bedeuten würde.“
	2. Die folgenden Sätze werden angefügt:
	„Das Bundesministerium für Gesundheit macht Leitlinien zur Überprüfung von Heilpraktikeranwärtern bis spätestens zum 31. Dezember 2017 im Bundesanzeiger bekannt. Bei der Erarbeitung der Leitlinien sind die Länder zu beteiligen.“

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 18	**Artikel 18**
Inkrafttreten	**Inkrafttreten**
(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich *des Absatzes* 2 am 1. Januar 2017 in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich **der Absätze** 2 **bis 4** am 1. Januar 2017 in Kraft.
	(2) Artikel 1 Nummer 20 Buchstabe e und f tritt mit Wirkung vom … [einsetzen: Datum des endgültigen Gesetzesbeschlusses des Deutschen Bundestages] in Kraft.
(*2*) Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe d, Nummer 9, 11, 12 und 15 tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.	(**3**) unverändert
	(4) Artikel 17f Nummer 1 tritt drei Monate nach Bekanntmachung der Leitlinien zur Überprüfung von Heilpraktikeranwärtern in Kraft. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Tag des Inkrafttretens im Bundesgesetzblatt bekannt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Bericht der Abgeordneten Erwin Rüddel, Mechthild Rawert, Pia Zimmermann und Elisabeth Scharfenberg

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksachen 18/9518, 18/9959** in seiner 191. Sitzung am 23. September 2016 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Innenausschuss, den Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz, den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen. Zudem hat der Deutsche Bundestag den Haushaltsausschuss gemäß § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beteiligt.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache **18/8725** in seiner 191. Sitzung am 23. September 2016 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz, den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf Drucksache **18/9668** in seiner 191. Sitzung am 23. September 2016 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Innenausschuss und an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung stellt fest, dass durch steigende Lebenserwartung und niedrige Geburtenraten die sozialen Sicherungssysteme und damit auch die gesetzliche Pflegeversicherung vor großen Herausforderungen stehen. Deshalb habe man mit dem Ersten und Zweiten Pflegestärkungsgesetz die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung ausgeweitet und flexibilisiert, einen Pflegevorsorgefonds eingerichtet sowie einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungssystem eingeführt. Im nächsten Schritt müssten nun die pflegerischen Strukturen auf kommunaler Ebene gestärkt werden, da nur im engen Zusammenwirken von Bund, Ländern und Kommunen sowie mit Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen die Versorgung pflegebedürftiger Menschen und die Unterstützung ihrer Angehörigen angemessen erfolgen könne.

Das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) verfolgt in seinen wesentlichen Inhalten folgende Ziele:

1. Umsetzung der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege

In einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe wurden zwischen Bund, Ländern und Kommunalen Spitzenverbänden Empfehlungen vereinbart, um die kommunale Ebene zu stärken. Die Empfehlungen zu drei thematischen Schwerpunkten sollen jetzt mit dem PSG III umgesetzt werden:

– Sicherstellung der Versorgung,
– Beratung,

– Niedrigschwellige Angebote.

2. Maßnahmen zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege

Das PSG III enthält zudem ein Maßnahmenpaket zur Verbesserung von Prävention, Aufdeckung und Bekämpfung von Abrechnungsbetrug in der Pflege. Der Entwurf sieht sowohl Regelungen für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) als auch der Pflegeversicherung (SGB XI) vor. Die aufeinander abgestimmten Regelungen im SGB V und SGB XI zielen darauf ab, bestehende Lücken bei den Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen zu schließen. Vorgesehen sind insbesondere die:

– Einführung eines systematischen Prüfrechts im SGB V,
– Weiterentwicklung bestehender Instrumente der Qualitätssicherung und Abrechnungsprüfung,
– Abrechnungsprüfungen durch Landesverbände der Pflegekassen bei Vorliegen tatsächlicher Anhaltspunkte.

3. Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in das Sozialhilferecht

Da die Höhe der Versicherungsleistungen nach dem SGB XI gesetzlich begrenzt ist (Teilleistungssystem), kann auch noch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI und nach der deutlichen Ausweitung der Leistungen der Pflegeversicherung ein darüber hinausgehender Bedarf an Pflege bestehen. Dieser wird bei finanzieller Bedürftigkeit durch die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe und dem sozialen Entschädigungsrecht (Bundesversorgungsgesetz – BVG) gedeckt. Wie im SGB XI wird daher auch im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) und im BVG der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, um auch künftig sicherzustellen, dass finanziell Bedürftige im Falle der Pflegebedürftigkeit angemessen versorgt werden. Gegenüber dem SGB XI ist der Begriff auch künftig insoweit weiter gefasst, als Pflegebedürftigkeit nicht mindestens für voraussichtlich sechs Monate vorliegen muss. Wesentliche Inhalte der Änderungen im Recht der Hilfe zur Pflege sind die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade sowie die Leistungsansprüche in den Pflegegraden.

4. Medizinprodukte

Im Medizinproduktegesetz werden die Aufgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte Anträgen zur Abgrenzung von Medizinprodukten zu anderen Produkten erweitert. Die bisher in § 15 Ab-satz 1 dargestellten Abläufe zur Benennung von Benannten Stellen sind nicht mehr praktikabel und werden den heutigen elektronischen Meldeverfahren angepasst. Zur Optimierung der Überwachungstätigkeit der zuständigen Behörden erfolgt in § 26 eine Anpassung an die Formulierung des § 64 Absatz 4 Arzneimittelgesetz. Darüber hinaus wird die Zuständigkeiten der Marktüberwachungsbehörden bei Verfahren der Zollbehörden in einem neuen § 32a MPG vereinheitlicht. Mit § 3 Absatz 4 der Medizinprodukte-Abgabeverordnung wurde die Abgabe der dort bezeichneten In-vitro-Diagnostika umfassend geregelt. Die gesetzliche Sondervorschrift für das Inverkehrbringen von HIV-Tests in § 11 Absatz 31 ist dadurch entbehrlich geworden (Folgeänderung in Artikel 17).

5. Berufsrechtliche Vorschriften

Mit den Änderungen der Bundes-Apothekerordnung, der Bundesärzteordnung, des Psychotherapeutengesetzes und des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde werden Änderungsbitten des Bundesrates aus seiner Stellungnahme zum Entwurf des Gesetzes zur Umsetzung der Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems (IMI-Verordnung) aufgegriffen.

Der **Nationale Normenkontrollrat** hat gemäß § 6 Absatz 1 des Normenkontrollratsgesetzes eine Stellungnahme abgegeben. Er kommt zu dem Schluss, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Kosten transparent und nachvollziehbar dargestellt hat und macht deshalb im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellungen der Gesetzesfolgen im Pflegestärkungsgesetz III geltend (Drucksache 18/9518, Anlage 2).

Der **Bundesrat** hat in seiner 948. Sitzung am 23. September 2016 beschlossen, eine Stellungnahme gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes abzugeben (Drucksache 18/9959). Aus dieser ergibt sich, dass dem Kern der Regelungen des PSG III zugestimmt wird. Dies betrifft insbesondere die Umsetzung der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege sowie die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in das Rechts der Hilfe zur Pflege. Die Stellungnahme des Bundesrates enthält 43 detaillierte Änderungsvorschläge. Die wesentlichen Vorschläge bezogen sich auf die:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

– Änderungen und Ergänzungen der Regelungen zur Umsetzung der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege, insbesondere an den Modellvorhaben nach den §§ 123 und 124 SGB XI,
– Ergänzungen bei den Übergangsregelungen im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs,
– Einführung einer Kostenübernahmeklausel,
– Forderung nach einem generellen Vorrang der Pflegeversicherung gegenüber der Eingliederungshilfe sowie
– die volle Leistungspflicht der Pflegeversicherung auch für Menschen mit Behinderungen in stationären Einrichtungen.

Die **Bundesregierung** hat am 12. Oktober 2016 ihre Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates abgegeben (Drucksache 18/9959). Acht Vorschlägen wurde zugestimmt und für 16 weitere Vorschläge wurden Prüfzusagen gemacht. Diese bezogen sich hauptsächlich auf die vorgeschlagenen Änderungen und Ergänzungen der Regelungen zur Umsetzung der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege sowie auf die Übergangsregelungen im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. 21 Vorschläge wurden aus fachlichen Gründen und auch im Hinblick auf die Kostenwirkungen abgelehnt. Insbesondere der Forderung nach einer Kompensation etwaiger Mehrkosten für die Sozialhilfe durch den Bund wurde widersprochen, da aus Sicht der Bundesregierung die Sozialhilfeträger in der kombinierten Wirkung von Zweitem und Drittem Pflegestärkungsgesetz finanziell entlastet werden. Dasselbe gilt für die Forderung nach einem grundsätzlichen Vorrang der Leistungen der Pflegeversicherung vor Leistungen der Eingliederungshilfe. Dies hätte erhebliche Kostenverschiebungen zu Lasten der Pflegeversicherung zur Folge.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller konstatieren, dass seit Einführung der Pflegeversicherung die Marktregulierung das Steuerungsprinzip in der Pflege sei. Dadurch, dass die Pflegekassen einem Kontrahierungszwang unterlägen und unabhängig vom tatsächlichen Bedarf mit allen geeigneten, leistungsfähigen und wirtschaftlich arbeitenden Leistungsanbietern zusammenarbeiten müssten, sei die pflegerische Bedarfsplanung sowie der Vorrang von öffentlichen und freigemeinnützigen Trägern vor privaten Anbietern faktisch abgeschafft worden. Durch die Pflegestärkungsgesetze I und II solle zwar die ambulante und häusliche Pflege gefördert werden, doch würden die Betroffenen viele Leistungsangebote nicht kennen. Ein weiteres Problem sei, dass die Schnittstellen zwischen Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI, Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII sowie der Eingliederungshilfe im künftigen Bundesteilhabegesetz den Zugang zu gesetzlichen Leistungsansprüchen erschwerten und zu Ungleichbehandlungen führten. Eine personenzentrierte Pflege bedeute aber passgenaue, sektorenübergreifende Versorgungs- und Unterstützungsangebote, eine aufsuchende Beratung und Unterstützung sowie kurze Entscheidungswege und vertraute Ansprechpartner. Die Steuerpolitik der Bundesregierung verhindere zunehmend den Aufbau einer kommunalen Infrastruktur und die Pflegeplanung in den Kommunen. Es fehle eine regelgebundene Anpassung der Pflegesätze an die Kostenentwicklung. Durch die Teilkostendeckung der Pflegeversicherung, die Konkurrenz der Leistungsanbieter und wachsende Altersarmut müssten immer mehr Pflegebedürftige Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII in Anspruch nehmen.

Aus Sicht der Antragsteller müsse die Pflegeversicherung neu ausgerichtet werden, um für Pflegebedürftige gleichwertige Lebensbedingungen und eine bedarfsdeckende, qualitativ hochwertige Versorgung zu schaffen. Gleichzeitig müssten für die in der Pflege Beschäftigten gute Arbeitsbedingungen hergestellt werden. Um diese zu erreichen müsse zum einen die jährliche, regelgebundene Dynamisierung der Pflegeleistungen und zum anderen die Entwicklung und Umsetzung von Eckpunkten für eine verbindliche Pflegebedarfsplanung realisiert werden. Die Pflege solle qualitativ verbessert und Menschen mit Pflegebedarf sowie die Kommunen sollten nachhaltig gestärkt werden. Hierzu sei die finanzielle Ausstattung der Kommunen und der Pflegeversicherung solidarisch auszugestalten und mit der Einführung der Pflegevollversicherung, die durch die Einbeziehung aller Einkommensarten finanziert werde, zu beginnen. Das Nebeneinander der sozialen und privaten Pflegeversicherung soll beendet und der sogenannte Pflege-Bahr abgeschafft bzw. rückabgewickelt werden. Zusätzlich sollten über ein steuerfinanziertes Förderprogramm eine inklusive Sozialraumgestaltung, alternative Wohnformen, haushaltsnahe Unterstützungsleistungen und teilhabeorientierte Pflegeinfrastrukturen entwickelt werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe c

Nach Auffassung der Antragsteller erbringen Kommunen umfangreiche Unterstützungsleistungen für ältere, pflegebedürftige oder behinderte Menschen und ihre Familien. Diesem Leistungsangebot stünden nur geringe Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten gegenüber, was auch die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege in ihrem Eckpunktepapier festgestellt habe. Deshalb müssten die Kommunen in dieser Rolle gestärkt werden, da sie im Rahmen der Daseinsvorsorge hierfür qualifiziert seien. Das Dritte Pflegestärkungsgesetz bleibe auf halbem Wege stecken. Die Kommunen erhielten keine Gestaltungsmöglichkeiten für die örtlichen Angebotsstrukturen, sondern lediglich eine Kompetenzerweiterung im Beratungsbereich. Es fehle nach wie vor ein Impuls, der es bisher noch nicht engagierten Kommunen erleichtere, sich stärker an der pflegerischen Versorgung zu beteiligen. Zudem würden zusätzliche Initiativen seitens der Kommunen nicht finanziert. Kommunen müssten dauerhaft die Möglichkeit erhalten, die Initiative bei der Pflegeberatung, Pflegeplanung und Vernetzung der Angebote zu ergreifen sowie die Koordination zu übernehmen, um ein effizientes Hilfenetz entstehen zu lassen, das auch im ländlichen Raum trage.

Vor diesem Hintergrund legen die Antragsteller verschieden Forderungen vor: So müsse das Recht für Kommunen zur Initiierung von Pflegestützpunkten dauerhaft verankert werden und es müsse möglich sein, statt Pflegestützpunkte örtliche, neutrale und unabhängige Beratungs- und Vernetzungsstrukturen für Pflege und Teilhabe zu schaffen. Ferner müsse die Steuerungs- und Planungskompetenz der Kommunen für die regionale Pflegestruktur gestärkt und die Beteiligung von Betroffenengruppen und Verbänden an neuen Gremien sichergestellt werden. Der Anspruch auf ein unabhängiges, individuelles Case Management solle gesetzlich festgeschrieben werden. Pflegesachleistungen sollten auf Wunsch als persönliches Budget ausgezahlt werden können. Die Dienstleister müssten lizenziert und qualitätsgesichert sein und die Case Managerin oder der Case Manager in die Beratungsstrukturen eingebunden sein. Über einen neuen Förderfonds müssten unter Beteiligung der Pflegeversicherung kommunale Maßnahmen der Pflegestrukturplanung inklusive Bürgerbeteiligung und der Steuerung und Koordinierung von Angeboten gefördert werden. Weiter müsse der Kostenvorbehalt bei Leistungen der Eingliederungshilfe wie auch bei der Hilfe zur Pflege nach § 13 SGB XII aufgehoben werden. Zusätzlich sollten „Regionale Budgets“ erprobt werden und die Länder sollten Beratungen für Kommunen, die eine aktive Rolle in der bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung übernehmen wollten, anbieten.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Innenausschuss** hat in seiner 97. Sitzung am 30. November 2016 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/9518, 18/9959 anzunehmen.

Der **Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz** hat in seiner 122. Sitzung am 30. November 2016 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/9518, 18/9959 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 89. Sitzung am 30. November 2016 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/9518, 18/9959 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 97. Sitzung am 30. November 2016 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/9518, 18/9959 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 77. Sitzung am 30. November 2016 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/9518, 18/9959 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat sich im Rahmen seines Auftrags zur Überprüfung von Gesetzentwürfen und Verordnungen der Bundesregierung auf Vereinbarkeit mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie gemäß Einsetzungsantrag (Drucksache 18/559) am 13. September 2016 mit dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/9518 befasst und festgestellt, dass die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung plausibel und daher keine Prüfbitte erforderlich sei (Ausschussdrucksache 18(23)86-25).

Zu Buchstabe b

Der **Ausschuss Recht und Verbraucherschutz** hat in seiner 122. Sitzung am 30. November 2016 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 18/8725 abzulehnen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 89. Sitzung am 30. November 2016 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 18/8725 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 97. Sitzung am 30. November 2016 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 18/8725 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 77. Sitzung am 30. November 2016 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 18/8725 abzulehnen.

Zu Buchstabe c

Der **Innenausschuss** hat in seiner 97. Sitzung am 30. November 2016 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 18/9668 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 77. Sitzung am 30. November 2016 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 18/9668 abzulehnen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 86. Sitzung am 21. September 2016 beschlossen, zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/9518, 18/9959 einschließlich vorliegender Änderungsanträge sowie zu den Anträgen auf den Drucksachen 18/8725 und 18/9668, vorbehaltlich der Überweisung der drei Vorlagen durch das Plenum des Deutschen Bundestages, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 89. Sitzung am 28. September 2016 hat er die Beratungen zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/9518, 18/9959 und zu den Änderungsanträgen auf Ausschussdrucksache 18(14)206.1 sowie zu den Anträgen auf den Drucksachen 18/8725 und 18/9668 aufgenommen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 90. Sitzung am 17. Oktober 2016 statt. Als Sachverständige waren folgende Organisationen eingeladen: AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV), AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V., BKK Dachverband e.V., Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO), Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH), Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland. e.V. (BED), Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa), Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten IFK e. V., Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (BVLH), Bundesversicherungsamt (BVA), BVO – Bundesverband Osteopathie e.V., Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAlzG),

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin e.V. (DGMM), Deutsche Stiftung Patientenschutz, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e.V. (DBfK), Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e.V. (DBSV), Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl), Deutscher Caritasverband e.V., Deutscher Frauenrat e.V. (DF), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV), Deutscher Landkreistag (DLT), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V. (DPWV), Deutscher Pflegerat e.V. (DPR), Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen, Deutscher Städte- und Gemeindebund e.V. (DStGB), Deutscher Städtetag (DST), Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE), Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK), Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK), Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V., Die Deutschen Heilpraktikerverbände (DDH), GKV-Spitzenverband, Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe (HVG) e.V., IKK e.V., Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben e.V. (ISL), Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V., Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland e.V., ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Verband der Osteopathen Deutschland e.V. (VOD), Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV), Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB), Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe (VPT) e.V., Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv), wir pflegen – Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland e. V., Wissenschaftsrat und Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e.V. (ZWST). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Prof. Dr. Stefan Greß, Dr. Rolf Hoberg, Prof. Dr. Heinz Rothgang, Dr. Ralf Suhr und Prof. Dr. Peter Udsching. Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen und Einzelsachverständigen wird Bezug genommen.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat in seiner 94. Sitzung am 30. November 2016 die Beratungen zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/9518, 18/9959 sowie zu den Anträgen auf den Drucksachen 18/8725 und 18/9668 fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/9518, 18/9959 in geänderter Fassung anzunehmen.

Weiter empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE., den Antrag auf Drucksache 18/8725 abzulehnen.

Zudem empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE., den Antrag auf Drucksache 18/9668 abzulehnen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 18/9518, 18/9959 beschlossen. Die Änderungen lassen sich inhaltlich folgenden Regelungsbereichen des Gesetzes zuordnen:

Soziale Pflegeversicherung (SGB XI – Artikel 1)

- Beibehaltung der bisherigen Regelung zum Verhältnis zwischen Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung; Verpflichtung zur Abstimmung über die Durchführung der Leistungen zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung,
- Präzisierung des Begriffs der „Räumlichkeiten“ im Bereich der Abgrenzung von Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung in der stationären Versorgung von Menschen mit Behinderung,
- Übernahme von Vorschlägen des Bundesrates zur Umsetzung von Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege, insbesondere zu den vereinbarten Modellvorhaben,
- Änderungen im Vertrags- und Vergütungsrecht der Pflegeversicherung zur Öffnung stationärer Einrichtungen zur quartiersnahen Versorgung sowie zur Anerkennung der Wirtschaftlichkeit der Zahlung von Gehältern bis zur Höhe von Tariflohn in den Vergütungsverhandlungen,
- Klarstellung zur Obergrenze der Vergütungen für Leistungen nach § 45b SGB XI und Erhöhung der Fördermittel sowie Verfahrenserleichterungen beim Abruf zunächst nicht ausgeschöpfter Fördermittel nach § 45c SGB XI,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

- Klarstellungen und Ergänzungen in der Qualitätssicherung, insbesondere zur Mitwirkungspflicht von Pflegeeinrichtungen bei Qualitätsprüfungen und zur Entwicklung der Qualitätsinstrumente,
- Änderungen im Datenschutz, damit die erforderlichen Datenflüsse, z.B. für die Abrechnungsprüfung oder zur Herstellung von Transparenz, erfolgen können,
- Ergänzungen im Bereich der Pflegestatistik nach § 109 SGB XI, um die Vollständigkeit der Erfassung der Pflegebedürftigen zu gewährleisten und notwendige Datenlieferungen an regionale Planungsbehörden zu erleichtern,
- Klarstellungen und Ergänzungen zum Besitzstandsschutz und im Übergangsrecht, die sich aus der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergeben, sowohl in der Pflegeversicherung als auch in der Hilfe zur Pflege,
- Verwaltungsvereinfachungen bei Ordnungswidrigkeitenverfahren und Meldungen von Sachverhalten.

Hilfe zu Pflege (SGB XII – Artikel 2)

- Klarstellungen im Bereich der Hilfe zur Pflege bezüglich des Leistungsumfangs und der Überleitung, die sich aus der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergeben.

SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung – Artikel 13)

- Klarstellungen im Bereich der Haushaltshilfe, die sich aus der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergeben,
- Klarstellungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege, die eine eindeutigere Abgrenzung zur Leistungszuständigkeit der Träger der Eingliederungshilfe in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen für Versicherte mit einem besonders hohen Bedarf an Behandlungspflege ermöglichen,
- Änderungen zur Verbesserung der vertraglichen Grundlagen der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, insbesondere im Bereich der Intensivpflege.

Medizinproduktegesetz (MPG – Artikel 17)

- Klarstellungen im Bereich des Medizinprodukterechts, die sich aus Vorschlägen des Bundesrates ergeben

Berufsrechtliche Regelungen (Ergotherapeutengesetz, Hebammengesetz, Logopädengesetz , Masseur- und Physiotherapeutengesetz; Heilpraktikergesetz einschließlich der Ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz – Artikel 17a bis f).

- Verlängerung der Modellklauseln in den ersten vier o.g. Berufsgesetzen um weitere vier Jahre,
- Verbesserung der Qualität der Heilpraktikerüberprüfung.

Eine Reihe weiterer Änderungen dient der Anpassung der Inkrafttretensregelung (Artikel 18) sowie der Rechtsbereinigung, Rechtsklarheit und redaktionellen Berichtigung.

Die diesen Änderungen zu Grunde liegenden Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 18(14)206.1neu wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Darüber hinaus lagen dem Ausschuss zwei Änderungsanträge der Fraktion DIE LINKE. auf den Ausschussdrucksachen 18(14)206.2 und 18(14)206.3 mit folgendem Inhalt vor:

Änderungsantrag 1 auf Ausschussdrucksache 18(14)206.2:

In Artikel 2 Nummer 5 wird § 63b Absatz 1 wie folgt gefasst:

„(1) Leistungen der Eingliederungshilfe haben grundsätzlich Vorrang vor Leistungen der Hilfe zur Pflege nach diesem Buch. Im häuslichen Umfeld im Sinne des § 36 des Elften Buches der Pflegebedürftigen als auch außerhalb des häuslichen Umfeldes sind die Pflegeleistungen und Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach diesem Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch mindestens gleichrangig zu erbringen. Im Übrigen werden Leistungen der Hilfe zur Pflege nicht erbracht, soweit Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten.“

Begründung:

Für Menschen mit Behinderungen und gleichzeitigem Pflegebedarf ist es wichtig, neben einer pflegerischen Versorgung auch Teilhabeleistungen zu erhalten. Teilhabeleistungen werden personenzentriert und in der Regel durch professionelle Assistenzgeberinnen und Assistenzgeber erbracht. Pflegekräfte können und sollen Aufgaben

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

der Teilhabesicherung nicht übernehmen. Denn Pflegeleistungen und Teilhabeleistungen der Eingliederungshilfe bleiben in ihrer Zielsetzung wesensverschieden. Leistungen der Pflegeversicherung kennen noch keine spezifischen Teilhabeleistungen, auch wenn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff teilhabeorientierter ist.

Dieser Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 18(14)206.2 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Änderungsantrag 2 auf Ausschussdrucksache 18(14)206.3:

Artikel 2 wird wie folgt geändert:

1. *In Nummer 1 werden die Angaben zum Siebten Kapitel wie folgt gefasst:*

"Siebtes Kapitel

Hilfe zur Pflege

§ 61 Leistungsberechtigte und Leistungsumfang

§ 61a Begriff der Pflegebedürftigkeit

§ 61b Pflegegrade

§ 61c Pflegegrade bei Kindern

§ 62 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit

§ 62a Bindungswirkung

§ 63 Leistungen für Pflegebedürftige

§ 63a Notwendiger pflegerischer Bedarf

§ 63b Leistungskonkurrenz

§ 64 Pflegegeld

§ 64a Häusliche Pflegehilfe

§ 64b Verhinderungspflege

§ 64c Pflegehilfsmittel

§ 64d Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes

§ 64e Andere Leistungen

§ 64f Teilstationäre Pflege

§ 64g Kurzzeitpflege

§ 64h Entlastungsbetrag bei den Pflegegraden 2, 3, 4 oder 5

§ 65 Stationäre Pflege

§ 66 Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1".

2. *In Nummer 4 wird die Angabe „§§ 64c und 64f" durch die Angabe „§§64b und 64e" ersetzt.*

3. *Nummer 5 wird wie folgt geändert:*

   a) *§ 61 wird wie folgt gefasst:*

„§ 61 Leistungsberechtigte und Leistungsumfang

(1) Personen, die pflegebedürftig im Sinne des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind, haben Anspruch auf Hilfe zur Pflege soweit ihnen und ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern nicht zuzumuten ist, dass sie die für die Hilfe zur Pflege benötigten Mittel aus dem Einkommen und

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vermögen nach den Vorschriften des Elften Kapitels aufbringen. Sind die Personen minderjährig und unverheiratet, so sind auch das Einkommen und das Vermögen ihrer Eltern oder eines Elternteils zu berücksichtigen.

(2) Der Inhalt der Leistungen nach Satz 1 bestimmt sich nach den Regelungen der Pflegeversicherung für die in §28und § 28a des Elften Buches aufgeführten Leistungen.“

b) § 63 Absätze 1 und 2 werden folgt gefasst:

„(1) Die Hilfe zur Pflege umfasst für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5

1. häusliche Pflege in Form von

a) Pflegegeld (§ 64),

b) häuslicher Pflegehilfe (§ 64a),

c) Verhinderungspflege (§ 64b),

d) Pflegehilfsmitteln (§ 64c),

e) Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 64d),

f) anderen Leistungen (§ 64e),

2. teilstationäre Pflege (§ 64f),

3. Kurzzeitpflege (§ 64g),

4. einen Entlastungsbetrag (§ 64h) und

5. stationäre Pflege (§ 65).

Die Begleitung in der letzten Lebensphase ist Bestandteil der Leistungen der Hilfe zur Pflege.

(2) Die Hilfe zur Pflege umfasst für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1

1. Pflegehilfsmittel (§ 64c),

2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 64d) und

3. einen Entlastungsbetrag (§ 66).“

c) § 63b wird wie folgt geändert:

aa) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „§64a“ durch die Angabe „§64“ und in Satz 2 wird die Angabe „§§64i“ durch die Angabe „§§ 64h“ ersetzt.

bb) In Absatz 3 wird die Angabe „§64a“ durch die Angabe „§64“ und die Angabe „§64g“ durch die Angabe „§64f“ ersetzt.

cc) In Absatz 5 wird die Angabe „64c“ durch die Angabe „§64b“ ersetzt.

d) § 64 wird aufgehoben.

e) Der bisherige § 64a wird § 64.

f) Der bisherige § 64b wird § 64a und Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe) auch dann, wenn die häusliche Pflege durch Pflegegeld qualitätsgerecht sichergestellt werden kann. Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Mehrere Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 können die häusliche Pflege gemeinsam in Anspruch nehmen. Häusliche Pflegehilfe kann auch Betreuungs- und Entlastungsleistungen durch Unterstützungsangebote im Sinne des § 45a des Elften Buches umfassen; § 64h bleibt unberührt.“

g) Der bisherige § 64c wird § 64b und wie folgt gefasst:

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

„Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus sonstigen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, sind die angemessenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege zu übernehmen.“

h) Die bisherigen §§ 64d bis 64e werden die §§ 64c bis 64d.

i) Der bisherige § 64f wird § 64e und die Absätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„(1) Zusätzlich zum Pflegegeld sind die Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson oder einer besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung zu erstatten.

(2) Ist neben der häuslichen Pflege eine Beratung der Pflegeperson geboten, sind die angemessenen Kosten zu übernehmen.“

j) Die bisherigen §§ 64g bis 64h werden die §§ 64f bis 64g und in § 64g wird die Angabe „§64g“ durch die Angabe „§64f“ ersetzt.

k) Der bisherige § 64i wird § 64h.

l) In § 65 wird die Angabe „§64b“ durch die Angabe „§64a“ ersetzt.

m) § 66 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. Inanspruchnahme von

a) Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 64a,

b) Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 64d,

c) anderen Leistungen nach § 64g,

d) Leistungen zur teilstationären Pflege im Sinne des § 64f,“

4. In Nummer 10 werden die Wörter „§ 64b Absatz 1 Satz 3“ durch die Wörter „§ 64a Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.

Begründung:

Menschen mit Pflegebedarf, die zu Hause wohnen und auf die Unterstützung von anderen angewiesen sind, sollen unabhängig entscheiden können, ob sie von einem Pflegedienst oder von Familienmitgliedern und Nachbarn gepflegt werden wollen. Diese Selbstbestimmung soll für Menschen, die auf Hilfe zur Pflege nach SGB XII angewiesen sind, in gleicher Weise gelten wie für Menschen mit Pflegebedarf ohne Sozialhilfebezug. Niemand darf gezwungen werden, zu Hause nur von nahestehenden Personen gepflegt zu werden. Alle Menschen, die Pflege benötigen, müssen die Möglichkeit einer hochwertigen und der individuellen Situation entsprechenden Pflege erhalten. Leistungsbeschränkungen und Ausgrenzung derjenigen, die auf Sozialleistungen angewiesen sind, muss durch die Streichung des beabsichtigten Vorrangs häuslicher Pflege beendet werden.

Damit wird die von der Bundesregierung beabsichtigte Regelung verhindert, die Träger der Sozialhilfe zu verpflichten, darauf hinzuwirken, dass häusliche Pflege über Pflegegeld und durch Personen übernommen wird, die dem Menschen mit Pflegebedarf nahe stehen. Die bisherige Soll-Regelung im SGB XII soll im Gesetzentwurf zu einer verpflichtenden Regelung verschärft werden. Eine solche gesetzliche Verpflichtung verstärkt die Ungleichbehandlung von Menschen mit Pflegebedarf. Menschen mit Pflegebedarf, die Hilfe zur Pflege beziehen, dürfen nicht von professionellen Pflegeleistungen ausgeschlossen werden.

Schon jetzt ist die Hälfte aller Rentnerinnen und Rentner auf zusätzliche Hilfe zur Pflege angewiesen, die Tendenz ist steigend. Altersarmut ist kein Randphänomen. Verantwortlich dafür ist auch die Pflegeversicherung, die als Teilleistungsversicherung den Versicherten und ihren Familien hohe finanzielle Eigenbeträge auferlegt. Deutliche Leistungssteigerungen bis hin zur Pflegevollversicherung sind die Voraussetzungen für die Entlastung von pflegenden Angehörigen, beugen der Altersarmut wirksam vor und ermöglichen gute Pflege. Jede und jeder muss unabhängig vom Wohnort, der sozialen Situation und der Herkunft selbst entscheiden können, wo, wie und von wem Pflegeleistungen erbracht werden.

Dieser Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 18(14)206.3 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Dem Ausschuss haben drei **Petitionen** vorgelegen, zu denen der Petitionsausschuss Stellungnahmen gemäß § 109 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundetages erbeten hatte. Die Petenten forderten im Wesentlichen:

1. Die Aufnahme von entsprechenden gesetzlichen Regelungen, um einen Abrechnungsbetrug insbesondere von Pflegediensten eindämmen bzw. verhindern zu können.
2. Die Aufnahme von gesetzlichen Regelungen zur Gewährung von Quartiershilfen.
3. Die Abschaffung der Regelung, dass bei Gewährung von Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) oder Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) lediglich das hälftige Pflegegeld gewährt wird.

Die Petitionen wurden in den Beratungsprozess einbezogen und der Petitionsausschuss über das Ergebnis entsprechend informiert.

Die **Fraktion der CDU/CSU** erklärte, mit den Pflegestärkungsgesetz III (PSG III) werde die grundlegende Reform der Pflegeversicherung abgeschlossen. Mit dem PSG I habe man die Basis dafür gelegt, dass pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sich ein auf ihre Bedürfnisse angepasstes Hilfepaket zusammenstellen könnten. Durch das PSG II seien die an Demenz Erkrankten gleichgestellt worden und in dem nun vorgelegten PSG III werde die Beratung der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen vor Ort in den Mittelpunkt der Regelungen gestellt. Zudem werde die Qualitätskontrolle stärker in das Pflegesystem implementiert. Wichtig sei auch, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff im Bereich der Hilfe zur Pflege umgesetzt und die Vorgaben im Bereich der Schnittstelle zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe konkretisiert würden. Mit diesem nun abgeschlossenen Reformkonzept werde aber nicht nur den Pflegebedürftigen, sondern auch den Pflegekräften entscheidend geholfen. So werde zum einen die Grundlagen dafür geschaffen, dass Pflegekräfte künftig mehr Geld verdienen könnten und zum anderen könne mehr Personal eingestellt werden. Insgesamt habe man rund 25 Prozent mehr Leistungen in das Versicherungssystem gebracht.

Die **Fraktion der SPD** bekräftigte, dass durch das Gesamtmaßnahmenpaket der drei Pflegestärkungsgesetze den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen entscheiden mehr Unterstützungsleistungen zukommen werde. Insbesondere die Schnittstellenproblematik zum Bundesteilhabegesetz werde durch die getroffenen Maßnahmen reduziert. Die Kommunen erhielten durch deutlich mehr Kompetenzen und damit auch Verantwortung übertragen. Künftig würden Sozialräume so gestaltet, dass pflegebedürftige Menschen nicht diskriminiert würden und Teilhabe möglich sei. Die 60 landesweiten Modellvorhaben würden inhaltlich begleitet und die Ergebnisse ausgewertet. Es werde auch evaluiert, wie sich die getroffenen Regelungen auf die Schnittstelle Eingliederungshilfe und Pflege auswirkten. Die Anträge der Oppositionsfraktionen würden abgelehnt. Sie enthielten zwar durchaus unterstützenswerte Forderungen, seien aber insgesamt nicht ausgewogen.

Die **Fraktion DIE LINKE.** bemängelte, mit den Pflegestärkungsgesetzen sei kein Paradigmenwechsel hin zu teilhabeorientierter Pflege gelungen. So sei schon mit dem PSG I verstärkt die Pflege in den privaten Bereich verschoben worden. Dies sei nicht im Sinne der Fraktion, da man in diesem Bereich eine Professionalisierung wolle. Das PSG II habe zwar Demenzkranke einbezogen, allerdings fehlten Rahmenbedingungen für mehr Qualität und eine bessere Personalausstattung. So sei keine Lösung für die teilweise notwendige 24-Stunden-Betreuung gefunden worden. Insbesondere fehle ein Umsteuern in der Pflegefinanzierung. Mit dem PSG III führe man nun neue Ungleichbehandlungen ein. Die Kommunen blieben finanziell nicht ausreichend ausgestattet. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff des PSG II werde nicht vollumfänglich in das Sozialhilferecht der „Hilfe zur Pflege“ nach SGB XII übertragen. Der gleiche Anspruch auf Pflegeleistungen für alle Menschen unabhängig von Wohnort, Alter und der sozialen Situation sei so nicht gesichert. Es fehle nach wie vor eine Personalbemessung, um die dringend notwendige Entlastung des Pflegepersonals zu erreichen. Auf diese Weise sei es nicht möglich, den Pflegestärkungsbegriff umzusetzen. Daher fordere die Fraktion zum Beispiel die Umwidmung des Pflegevorsorgefonds in einen Personalfonds.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** kritisierte, die Rolle der Kommunen werde mit dem PSG III nicht gestärkt. So dürften die Kommunen in den Modellvorhaben lediglich beraten, während sie die Planung und Steuerung nicht übernehmen könnten. Man bemängele auch, dass es keine vollständige Übertragung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die Hilfe zur Pflege gebe. Verbesserungen würden durch die Änderungsanträge bei den Schnittstellen von der Pflege zur Eingliederungshilfe im häuslichen Bereich erreicht, die Deckelung der Leistungen der Pflegeversicherung für Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf in voll-stationären Einrichtungen bestehe aber fort. Die Maßnahmen zur Bekämpfung des Abrechnungsbetrugs in der Pflege seien positiv,

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

deren Wirksamkeit müsse sich in der Praxis noch zeigen. Es wäre allerdings wichtig gewesen, die Sozialhilfeträger in die Überprüfung einzubeziehen, da ein großer Teil des Betrugs in der Hilfe zur Pflege stattfinde. Den Antrag der Fraktion DIE LINKE. lehne die Fraktion ab, da unter anderem die Ansätze zur Angleichung des Pflegeniveaus zu zentralistisch seien.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf den Drucksachen 18/9518, 18/9959 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1 (Elftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB XI)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht, redaktionelle Änderung)

Zu Buchstabe f

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung von § 97a SGB XI.

Zu Nummer 1a (§ 7 SGB XI, Datenschutzharmonisierung; Bedingungen für die Weitergabe der Leistungs- und Preisvergleichslisten)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Harmonisierung der datenschutzrechtlichen Vorgaben für Auskunft und Information (§ 7) mit den entsprechenden Regelungen für die Pflegeberatung (§ 7a). Pflegekassen sind nach geltendem Recht befugt, die für die Pflegeberatung nach § 7a erforderlichen Daten zu verarbeiten. Versicherte mit Anspruch auf Pflegeberatung nach § 7a können dementsprechend auch bei telefonischer Beratung ihre Verwaltungsangelegenheiten mit der Pflegekasse erledigen, zum Beispiel Anträge auf Leistungen stellen.

Die Änderung sieht vor, dass diese Möglichkeit künftig auch bei Auskunft und Information gelten soll. Den Pflegekassen soll daher ermöglicht werden, die für die Zwecke der Information und Auskunft erforderlichen Daten zu verarbeiten. Für diese Zwecke sind nur in geringem Umfang personenbezogene Daten erforderlich. Hier geht es vor allem um Daten zum Versicherungsverhältnis und darum, dass die Versicherten die Verwaltungsangelegenheiten mit ihrer Pflegekasse telefonisch erledigen können. Das sind zum Beispiel die Anforderung von Bescheinigungen und Anträge auf Begutachtung der Pflegebedürftigkeit. Damit wird das Recht der Betroffenen auf Auskunft und Information gegenüber der Pflegekasse gestärkt. Pflegekassen können auf Grund dieser Änderung von den Versicherten nicht mehr eine vorherige Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung verlangen, bevor sie ihrer Verpflichtung zur Auskunft und Information nachkommen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine klarstellende Ergänzung der gesetzlichen Vorgaben zu den Vergleichslisten der Landesverbände der Pflegekassen im Internet über Leistungsangebote und Vergütungen. Diese Listen sollen auch die erforderlichen Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Erbringers der Leistung enthalten. Diese Angaben sind erforderlich, damit die Versicherten einzelne Angebote auswählen können und die Anbieter durch Aufnahme in die Listen am Wettbewerb teilnehmen können. Aus Gründen der Lesbarkeit wird Satz 1 insgesamt neu gefasst.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Ergänzung der gesetzlichen Vorgaben zu den Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7 Absatz 3. Die Pflegekassen sollen verpflichtet werden, die Angaben nach Satz 1 künftig auch Dritten zur Verfügung zu stellen, wenn diese die Angaben zu nicht-gewerblichen Zwecken nutzen wollen. Die Verpflichtung ermöglicht es den Pflegebedürftigen, die Leistungs- und Preisvergleichslisten je nach Aufbereitung nach unterschiedlichen Kriterien zu nutzen. Sie erweitert somit die Wahlmöglichkeiten Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen und stärkt auch den Wettbewerb. Gleichwohl muss gesichert werden, dass die Angaben zweckgerecht verwendet werden, das heißt, dass z. B. eine gewerbliche Nutzung ausgeschlossen wird, die Angaben vollständig veröffentlicht werden und bei der Nutzung der Angaben keine Anbieter benachteiligt werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 1b (§ 7a SGB XI, Harmonisierung Datenschutz)

Es wird klargestellt, dass die datenschutzrechtlichen Anforderungen an die Pflegeberatung der Pflegekassen auch in Fällen gelten, in denen eine Pflegekasse von der Möglichkeit Gebrauch macht, Dritte mit der Pflegeberatung zu beauftragen. Die Änderung bewirkt, dass Pflegeberaterinnen und Pflegeberater die für die Pflegeberatung erforderlichen Daten des Versicherten auch ohne dessen vorherige Einwilligung für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Pflegeversicherung verwenden können. Die Anpassung dient der Gewährleistung einheitlicher datenschutzrechtlicher Anforderungen bei der Pflegeberatung. Die Verantwortung für die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften verbleibt auch im Falle der Beauftragung von Dritten bei der Pflegekasse.

Zu Nummer 3 (§ 7c SGB XI, Initiierung von Pflegestützpunkten)

Bislang sieht der Gesetzentwurf vor, dass die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch die Einrichtung eines Pflegestützpunktes verlangen können. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Stelle einen Pflegestützpunkt initiieren kann, die auch einen großen Nutzen von der Zusammenarbeit hat. Dies trifft auch auf die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe zu. Daher soll diesen auch das Initiativrecht zugesprochen werden, bei finanzieller Beteiligung Pflegestützpunkte in ihrem regionalen Einzugsgebiet einzurichten. Damit wird zugleich einem Vorschlag aus der Stellungnahme des Bundesrates vom 23. September 2016 (Drucksache 18/9959) entsprochen.

Des Weiteren haben die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege das Initiativrecht von Kommunen, bei deren finanzieller Beteiligung Pflegestützpunkte einzurichten, nicht auf einen Pflegestützpunkt je Einzugsgebiet beschränkt. Vor diesem Hintergrund wird klargestellt, dass auch mehrere Pflegestützpunkte pro Einzugsgebiet initiiert werden können (siehe dazu S. 74ff der Begründung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes auf Drucksache 16/7439 vom 7. Dezember 2007). Dies entspricht auch dem in § 7c Absatz 1 ausdrücklich genannten Ziel der „wohnortnahen Beratung“. Mit dieser Klarstellung wird zugleich einem Vorschlag aus der Stellungnahme des Bundesrates vom 23. September 2016 (Drucksache 18/9959) entsprochen.

Zu Nummer 4 (§ 8a SGB XI, Ermöglichung von Mehrheitsbeschlüssen)

Gemeinsame Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Aspekten der Versorgung Pflegebedürftiger im Konsens aller Beteiligten zu treffen, ist das Ziel, das ein für diesen Zweck eingerichteter Ausschuss anstreben sollte. Dieses Vorgehen zielt darauf ab, die Akzeptanz von Empfehlungen zu fördern und ihnen so mehr Gewicht zu geben und gilt grundsätzlich für alle pflegebezogenen Ausschüsse nach § 8a. Allerdings wird in § 8a Absatz 2 Satz 2 bestimmt, dass – soweit erforderlich – eine Abstimmung des sektorenübergreifenden Ausschusses mit dem Landesgremium nach § 90a des Fünften Buches herbeigeführt werden soll. Je nach landesrechtlicher Ausgestaltung kann dieses Gremium derzeit auch mehrheitlich getragene Empfehlungen aussprechen. Die Vorgabe des Einvernehmens könnte dazu führen, dass einzelne Akteure, die in beiden Gremien stimmberechtigt sind, Empfehlungen sektorenübergreifender Ausschüsse blockieren können. Durch das Einvernehmlichkeitsprinzip könnte zudem ein Anreiz gesetzt werden, sektorenübergreifende Ausschüsse mit möglichst wenigen Mitgliedern zu besetzen, um die Herstellung des Einvernehmens zu erleichtern. Dies stünde im Widerspruch zu dem Interesse, alle Akteure einzubinden. Es soll daher bei sektorenübergreifenden Ausschüssen der Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften überlassen sein, inwieweit auch Mehrheitsbeschlüsse möglich sind. Mit dieser Änderung wird zugleich dem Vorschlag Nummer 5 aus der Stellungnahme des Bundesrates vom 23. September 2016 (Drucksache 18/9959) entsprochen.

Zu Nummer 6 (§ 13 SGB XI, Weiterentwicklung der Kooperationsregelung des § 13 Absatz 4 SGB XI; Evaluationsregelung)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um die bereits im Kabinettentwurf enthaltene Folgeänderung zu der Überführung der bisher in § 13 Absatz 3a enthaltenen Regelung in den neuen § 45b Absatz 3.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung des Sprachgebrauchs.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Da Pflege und Eingliederungshilfe auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs grundsätzlich unterschiedliche Aufgaben haben, wird die bisherige Rechtslage im Übrigen aufrechterhalten. Die Leistungen der Pflegeversicherung und die Leistungen der Eingliederungshilfe werden also wie bisher nebeneinander gewährt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um die bereits im Kabinettentwurf enthaltene Änderung zur Verschiebung der bisher in § 13 Absatz 3a enthaltenen Regelung in den neuen § 45b Absatz 3.

Zu Buchstabe c

Mit der Gesetzesänderung wird die bereits bislang in § 13 Absatz 4 enthaltene Regelung zur Kooperation der Leistungsträger beim Zusammentreffen von Leistungen weiterentwickelt. Hiermit wird in der Sache auch ein Vorschlag aus der Stellungnahme des Bundesrates vom 23. September 2016 (Drucksache 18/9959) aufgegriffen.

Bislang war in § 13 Absatz 4 geregelt, dass die Pflegekassen und der Träger der Sozialhilfe bei einem Zusammentreffen von Pflegeleistungen mit Leistungen der Eingliederungshilfe oder mit weitergehenden Pflegeleistungen nach dem Zwölften Buch vereinbaren sollen, dass im Verhältnis zum Pflegebedürftigen nur eine Stelle die Leistungen übernimmt und die andere Stelle die Kosten der von ihr zu tragenden Leistungen erstattet. Im Interesse der betroffenen Leistungsberechtigten wird aus dieser bisherigen Soll-Vorschrift nunmehr eine Verpflichtung zum Treffen entsprechender Vereinbarungen. Um die Vereinbarung im Einzelfall sachgerecht vorbereiten und durchführen zu können, ist es erforderlich, dass Pflegekasse und Eingliederungshilfeträger sich auch über Sachverhalte austauschen, die den Schutz der Daten des Leistungsberechtigten berühren. Aus diesem Grund sowie zur Stärkung der Selbstbestimmung des Leistungsberechtigten ist seine Zustimmung zum Treffen dieser Vereinbarung erforderlich. Mit der vorliegenden Regelung wird so die Rechtsgrundlage für den Austausch und die Verarbeitung der Daten geschaffen. Verweigert der Leistungsberechtigte die Zustimmung zum Abschluss einer Vereinbarung, darf sie nicht abgeschlossen werden, sondern der Leistungsberechtigte erhält die Leistungen vom jeweiligen Leistungsträger getrennt.

Außerdem werden die Vorgaben zum Inhalt dieser Vereinbarungen nun gesetzlich konkretisiert. Inhalt der Vereinbarungen ist danach,

1. dass im Verhältnis zum Pflegebedürftigen der für die Eingliederungshilfe zuständige Träger die Leistungen der Pflegeversicherung auf der Grundlage des von der Pflegekasse erlassenen Leistungsbescheids zu übernehmen hat,
2. dass die zuständige Pflegekasse dem für die Eingliederungshilfe zuständigen Träger die Kosten der von ihr zu tragenden Leistungen zu erstatten hat sowie
3. die Modalitäten der Übernahme und der Durchführung der Leistungen sowie der Erstattung.

Soweit darüber hinaus ebenfalls Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu erbringen sind, ist außerdem auch der für die Hilfe zur Pflege zuständige Träger zu beteiligen. Eine solche Beteiligung ist bei den Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Bundesversorgungsgesetz nicht erforderlich, da diese Leistungen der Hilfe zur Pflege und die Leistungen der Eingliederungshilfe einheitlich durch den Träger der Kriegsopferfürsorge erbracht werden.

Bei einem Zusammentreffen von Leistungen unterschiedlicher Träger wird durch die Vereinbarung somit klar geregelt, wie die Leistungserbringung im Verhältnis zum Leistungsberechtigten jeweils erfolgen soll und wie die Kostenerstattung der Träger untereinander erfolgt. Die Ausführung der Leistungen hingegen erfolgt dabei weiterhin nach den jeweiligen für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften.

Das bedeutet zunächst, dass die Träger die für die Ermittlung ihrer Leistungspflicht erforderlichen Maßnahmen treffen, also zum Beispiel die Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter nach § 18 mit der Prüfung beauftragt, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind. Sodann entscheiden die Leistungsträger nach den für sie jeweils geltenden Rechtsvorschriften, ob und inwieweit der Antragsteller Anspruch auf Leistungen des entsprechenden Leistungssystems hat. So erlässt beispielsweise die Pflegekasse gegenüber dem Antragsteller einen Bescheid, ob er pflegebedürftig im Sinne des Elften Buches ist und welchem Pflegegrad er zuzuordnen ist, inwieweit er also Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat. Sobald absehbar ist, dass der Antragsteller sowohl auf Leistungen der Pflegeversicherung als auch

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

auf Leistungen der Eingliederungshilfe Anspruch haben könnte, setzen sich die jeweils zuständigen Leistungsträger zudem miteinander in Verbindung, um die entsprechende Vereinbarung nach Absatz 4 zu treffen. Die konkrete Durchführung der Leistungen gegenüber dem Leistungsberechtigten und die Erstattung der Kosten ist dann Inhalt der Vereinbarung.

Die bestehenden Wunsch- und Wahlrechte der Leistungsberechtigten bleiben dabei unverändert bestehen und sind bei der Vereinbarung zu beachten. Dazu gehören auch bestehende Gestaltungsrechte im Recht der Pflegeversicherung, wonach die Pflegebedürftigen bei häuslicher Pflege zwischen dem Bezug von Pflegegeld, ambulanten Pflegesachleistungen oder einer Kombination aus beidem wählen können. Ebenso bleiben auch die bestehenden Wunsch- und Wahlrechte von Menschen mit Behinderungen nach dem Recht der Eingliederungshilfe unberührt.

Auch die übrigen leistungs- und leistungserbringerrechtlichen Vorgaben des jeweiligen Leistungssystems behalten unverändert ihre Geltung. Die Leistungsgewährung erfolgt also auf der Grundlage der Anspruchsnormen des jeweiligen Systems und wird durch die Leistungserbringer erbracht, die nach dem jeweiligen System hierzu zugelassen bzw. zuständig sind.

Unberührt bleiben ebenfalls die Qualitätssicherungs- und -kontrollmaßnahmen des jeweiligen Leistungssystems. Teil der Vereinbarung sollte daher auch sein, wie diese im Rahmen der Durchführung der Leistungen weiter aufrechterhalten werden.

Wo dies sinnvoll ist, können die Träger gemeinsame Vereinbarungen auch für eine Mehrzahl gleich oder ähnlich gelagerter Fälle treffen.

Bei den in Absatz 4 getroffenen Regelungen zum Abschluss der Vereinbarungen handelt es sich um eine rechtliche Verpflichtung der Träger. Deren Einhaltung kann daher auch durch die für die Rechtsaufsicht über die Träger zuständigen Behörden im Rahmen ihrer jeweiligen Prüfbefugnis überprüft werden.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erhält die Aufgabe, gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe bis zum 1. Januar 2018 in Empfehlungen das Nähere zu den Modalitäten der Übernahme und der Durchführung der Leistungen sowie der Kostenerstattung nach Satz 1 Nummer 3 und der Beteiligung des für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägers nach Satz 4 zu entwickeln, um so eine bundeseinheitliche Rechtsanwendung zu fördern. Die Empfehlung, vor deren Beschluss die einschlägigen Verbände anzuhören sind, bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

Zu Buchstabe d

Zu Absatz 4a

Zur Verbesserung der Zusammenarbeit und im Interesse der Leistungsberechtigten wird auch die Einbeziehung der Pflegekassen in die Durchführung eines Teilhabe- oder Gesamtplanverfahrens nach dem Recht der Eingliederungshilfe verpflichtend vorgesehen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte für ein Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe bestehen. Die Pflegekassen nehmen an dem jeweiligen Verfahren nur beratend teil. Ihre Einbeziehung dient dazu, die Vereinbarung nach Absatz 4 möglichst frühzeitig gemeinsam vorzubereiten. Weitere Verpflichtungen für die Pflegekassen ergeben sich hieraus nicht, insbesondere werden die für die Rehabilitationsträger geltenden Regelungen zum Teilhabe- und Gesamtplanverfahren nicht auf die Pflegekassen erstreckt.

Zu Absatz 4b

Vor dem Hintergrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der geplanten Änderungen im Recht der Eingliederungshilfe ist zu beobachten, wie sich das Verhältnis der Leistungen der Eingliederungshilfe und der Leistungen der Pflegeversicherung, das in Absatz 3 Satz 3 geregelt ist, künftig entwickelt. Daher soll bis zum 1. Juli 2019 evaluiert werden, welche Auswirkungen sich hieraus für die Eingliederungshilfe, für die Pflegeversicherung und insbesondere für die Leistungsberechtigten ergeben. In die Evaluation sollen ebenfalls die Verbesserungen der Regelungen zur Zusammenarbeit der Träger der Eingliederungshilfe und der Pflegekassen nach den Absätzen 4 und 4a einbezogen werden.

Der Änderungsantrag hat keine finanziellen Auswirkungen auf den Bundeshaushalt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 6a (§ 15 SGB XI, redaktionelle Änderung)

Es handelt sich um die redaktionelle Korrektur einer fehlerhaften Angabe.

Zu Nummer 6b (§ 18 SGB XI, Übersendung des vollständigen Gutachtens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit an die Pflegekasse)

Es handelt sich um eine gesetzliche Klarstellung, dass das Ergebnis der Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit aus dem vollständigen Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines von der Pflegekasse beauftragten Gutachters einschließlich der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung besteht. Die Pflegekasse benötigt das vollständige Gutachten, um im Rahmen des sozialverwaltungsrechtlichen Verfahrens eine Kontrolle der Stellungnahme des Medizinischen Dienstes bzw. eines von der Pflegekasse beauftragten Gutachters auf Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben und auf Plausibilität durchführen zu können. Zudem ist die Pflegekasse nach § 18 Absatz 3 Satz 9 verpflichtet, dem Antragsteller das Gutachten zu übersenden, sofern er der Übersendung nicht widerspricht.

Zu Nummer 10 (§ 37 SGB XI, redaktionelle Folgeänderung, Beratungsbesuche bei Pflegegeldempfängern durch kommunale Beratungspersonen)

Zu Buchstabe a

Durch das Einfügen eines neuen Satzes 3 in § 37 Absatz 3 ergeben sich redaktionelle Folgeänderungen in den nachfolgenden Sätzen.

Zu Buchstabe b

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die obligatorischen Beratungsbesuche bei Empfängern von Pflegegeldleistungen nach § 37 Absatz 3 auch von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften durchgeführt werden können, wenn die pflegebedürftige Person dies wünscht. Die Regelung sieht bislang vor, dass auch die kommunalen Beratungspersonen einer Anerkennung durch die Pflegekassen bedürfen. Ferner soll in den Fällen kommunaler Beratung eine Vergütung durch die Pflegekassen ausdrücklich nicht erfolgen.

Durch den Änderungsantrag wird sowohl das Anerkennungserfordernis als auch der Vergütungsausschluss gestrichen. Er folgt damit einem Anliegen des Bundesrates (Drucksache 18/9959).

Durch die Vergütung der kommunalen Beratung entsteht keine zusätzliche Belastung für die Pflegeversicherung, weil die Kosten für die Vergütung ohnehin anfallen würden, wenn die Beratung von anderen Stellen als von den Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften wahrgenommen wird. Die Anerkennungspflicht erscheint verzichtbar, weil die Voraussetzung, dass auch die kommunalen Beratungspersonen die erforderliche pflegefachliche Kompetenz haben müssen, materiell-rechtlich beibehalten und zugleich sichergestellt wird, dass auch für die kommunale Beratung die bis zum 1. Januar 2018 zu beschließenden Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche gelten.

Zu den Nummern 10a und 10b (§ 43 SGB XI, Wegfall der Prüfung, ob vollstationäre Pflege erforderlich ist, stationäre Leistungsbeträge)

Absatz 1

Die Streichung dient der Klarstellung, dass der Anspruch auf vollstationäre Pflege künftig nicht davon abhängig ist, dass häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt, und steht im Zusammenhang mit der bereits durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz vorgenommenen Streichung der Regelung des § 43 Absatz 4 zum 1. Januar 2017. Diese sah vor, dass pflegebedürftige Menschen nur einen Zuschuss in Höhe des nach § 36 Absatz 3 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Gesamtwertes für Pflegesachleistungen erhalten, wenn vollstationäre Pflege nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist. Wegen der Annäherung der Leistungsbeträge für ambulante Pflegesachleistungen und vollstationäre Pflege hatte die Regelung des § 43 Absatz 4 ihren ursprünglichen Sinn verloren. Künftig entfällt daher auch die Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, ob vollstationäre Pflege erforderlich ist.

Ohne die Streichung der Wörter in § 43 Absatz 1 könnte der Fehlschluss gezogen werden, dass es bei nicht notwendiger vollstationärer Pflege überhaupt keine Leistungen der Pflegeversicherung gäbe.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Absatz 2

Die Neuregelung stellt auch für die künftige Rechtsanwendung sicher, dass der Leistungsbetrag für vollstationäre Dauerpflege für Unterkunft und Verpflegung verwandt werden darf, soweit er die pflegerischen Aufwendungen und die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege übersteigt. Hierüber war bei den künftigen Rechtsanwendern Unklarheit entstanden, weil die bisherige, so genannte 75-Prozent-Regelung in Absatz 2 Satz 3, aus der bislang die hier vorgesehene Rechtswirkung mittelbar abgeleitet werden konnte, mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz gestrichen worden ist.

Zu Nummer 12 (§ 43a SGB XI, redaktionelle Klarstellung)

Von Verbandsseite ist die Befürchtung geäußert worden, durch die im Regierungsentwurf enthaltene redaktionelle Anpassung in § 43a Satz 1 könne es in der Praxis in Zukunft zu Leistungseinschränkungen zu Lasten der von der Regelung des § 43a Betroffenen kommen. Da entsprechende Einschränkungen nicht intendiert sind, wird der aktuelle Wortlaut der Vorschrift an dieser Stelle wieder hergestellt.

Zu Nummer 13 (§ 45b SGB XI, redaktionelle Folgeänderung, Obergrenze für die Vergütungssätze für Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 SGB XI)

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 3

Auf Grund der Änderung des § 63b Absatz 1 SGB XII gegenüber der Fassung des Kabinettentwurfs ist der Verweis in § 45b Absatz 3 Satz 2 redaktionell anzupassen.

Zu Absatz 4

Mit der vorliegenden Änderung wird dem § 45b in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung ein neuer Absatz 4 angefügt. Hiermit wird im Gesetz ausdrücklich klargestellt, dass die Leistungserbringer, die Leistungen im Sinne des § 45b Absatz 1 Satz 3 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung erbringen, von den Pflegebedürftigen hierfür keine höhere Vergütung verlangen dürfen als zugelassene Pflegeeinrichtungen für vergleichbare Sachleistungen verlangen dürfen.

Entsprechende Ausführungen waren – dort insbesondere im Hinblick auf Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 und die Leistungserbringung durch ambulante Pflegedienste – bereits in der Begründung des Regierungsentwurfs zum Zweiten Pflegestärkungsgesetz enthalten (Drucksache 18/5926, S. 133). Dort ist sinngemäß ausgeführt, dass die mit den ambulanten Pflegediensten für die Leistungserbringung nach § 36 vereinbarten Vergütungssätze auch bei einer Leistungserbringung für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 im Rahmen des § 45b die Obergrenze der von den Versicherten hierfür zu entrichtenden Vergütung bilden.

In Teilen der Praxis werden diese Ausführungen indessen so interpretiert, dass eine Begrenzung der Vergütungssätze, die den Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt werden dürfen, nur für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 gelten soll und darüber hinaus keine Beschränkungen bestünden. Demnach könnte von Pflegebedürftigen ab dem Pflegegrad 2 für inhaltlich identische Leistungen eine Vergütung in völlig unterschiedlicher Höhe verlangt werden, je nachdem, ob die Leistungserbringung nach §§ 36, 41, 42 oder nach § 45b Absatz 1 Satz 3 erfolgt. Die bei einer Leistungserbringung nach § 45b Absatz 1 Satz 3 in Rechnung gestellten Kosten können die für die Erbringung von Sachleistungen nach §§ 36, 41 oder § 42 mit den Pflegekassen vereinbarten Vergütungssätze dabei mitunter um ein Vielfaches übersteigen. Dies ist nach Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit in der Praxis bei der Erbringung von Leistungen, für die im Recht der Pflegeversicherung das Kostenerstattungsverfahren vorgesehen ist, auch bereits bislang teilweise so gehandhabt worden. Eine entsprechende Praxis widerspricht sowohl den Belangen der Pflegebedürftigen als auch dem Interesse der Pflegeversicherung.

Daher stellt die vorliegend eingeführte Ergänzung nunmehr sicher, dass die Vergütungssätze für alle Leistungen, die in § 45b Absatz 1 Satz 3 genannt sind, nicht oberhalb der mit den Pflegekassen für vergleichbare Leistungen ausgehandelten Vergütungen zugelassener Pflegeeinrichtungen liegen dürfen. Diese Begrenzung ist im Interesse der Pflegebedürftigen erforderlich, weil die Vergütungssätze für die Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 nicht mit den Pflegekassen, sondern mit den Pflegebedürftigen selbst ausgehandelt werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Bei den Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 Nummern 1 bis 3 erfolgt die Erbringung der Leistungen jeweils durch zugelassene Pflegeeinrichtungen, so dass die Pflegekassen die Einhaltung dieser Regelung durch die Leistungserbringer unmittelbar kontrollieren können. Bei der Erbringung von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 werden indessen nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag tätig. Diese Angebote sind sehr heterogen und die Voraussetzungen für ihre Anerkennung variieren von Land zu Land zum Teil erheblich. Daher ist es sinnvoll, wenn Näheres zur Ausgestaltung einer entsprechenden Begrenzung der Vergütung bei den nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag von den Ländern in den Verordnungen nach § 45a Absatz 3 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung bestimmt werden kann. Zur Sicherstellung, dass die Regelung des § 45b Absatz 4 beachtet wird, sind dabei unterschiedliche Instrumente denkbar, die teilweise auch an den Besonderheiten des jeweiligen Angebots oder Anbieters anknüpfen könnten (beispielsweise Professionalität des Angebots oder Anbieters oder Größe des Angebots oder Anbieters). Bei der Ausgestaltung im Landesrecht wird dabei insbesondere darauf zu achten sein, dass rein ehrenamtlich getragene Angebote nicht durch übermäßig belastende Anforderungen überfordert werden.

Zu Nummer 14 (§ 45c SGB XI, Erhöhung der nach § 45c SGB XI insgesamt zur Verfügung stehenden Fördermittel durch Gewährung von 10 Millionen Euro für die Förderung regionaler Netzwerke; Reduzierung der Vorgaben zur Konkretisierung der beantragten Projekte bis zum Stichtag 30. April bei der Übertragung von Fördermitteln auf „Vielausschöpferländer“)

Zu Buchstabe a

Für die Förderung nach § 45c stellt die Pflegeversicherung bislang 25 Millionen Euro jährlich zur Verfügung, so dass einschließlich der Ko-Finanzierung durch Länder und kommunale Gebietskörperschaften bis zu 50 Millionen Euro im Jahr in die Förderung fließen können. Ab 2017 können nach Maßgabe des neuen § 45c Absatz 9 auch regionale Netzwerke gefördert werden. Hierfür stellt die Pflegeversicherung – neben den bereits bislang in Absatz 1 Satz 1 genannten Fördermitteln – gemäß dem neuen Absatz 1 Satz 3 weitere 10 Millionen Euro je Kalenderjahr zur Verfügung. § 45c Absatz 1 Satz 2 gilt für diese weitere Fördersumme entsprechend. Die Absätze 2 und 6 finden auf die Förderung aus diesen weiteren Mitteln gemäß § 45c Absatz 9 Satz 7 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung keine Anwendung.

Fördermittel nach dem neuen Absatz 1 Satz 3, die in dem jeweiligen Kalenderjahr nicht zur Förderung regionaler Netzwerke nach Absatz 9 abgerufen worden sind, erhöhen im Folgejahr die Fördermittel nach Absatz 1 Satz 1. Werden in einem Jahr also beispielsweise nur 5 Millionen Euro für die Förderung nach Absatz 9 ausgeschöpft, so stehen im Folgejahr anstatt bis zu 25 Millionen Euro bis zu 30 Millionen Euro für die Förderung der in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke zur Verfügung. Einschließlich der Ko-Finanzierung durch Länder und kommunale Gebietskörperschaften nach Absatz 2 können dann also bis zu 60 Millionen Euro in die Förderung dieser Zwecke fließen. Auf die Verteilung der auf diese Weise erhöhten Fördermittel des Absatz 1 Satz 1 auf die Länder und auf die Übertragung der hiervon nicht ausgeschöpften Fördermittel in das Folgejahr sowie in das darauf folgende Jahr findet Absatz 6 Anwendung.

Die Bereitstellung zusätzlicher Mittel für die Förderung nach § 45c greift insoweit einen Vorschlag des Bundesrates (Drucksache 18/9959) auf.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der Ergänzung des Absatz 1.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um die bereits im Regierungsentwurf des Gesetzes enthaltene Änderung des § 45c Absatz 2.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der Ergänzung des Absatz 1.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 23. September 2016 (Drucksache 18/9959) zum Regierungsentwurf des Dritten Pflegestärkungsgesetzes zu § 45c Absatz 6 gefordert, die Benennung konkreter Projekte durch die Länder bis zum Stichtag 30. April zu streichen. Eine Auszahlung von Fördermitteln aus dem Ausgleichsfonds kann allerdings nur für hinreichend konkretisierte Projekte erfolgen. Gleichwohl ist anzuerkennen, dass die Länder – die sich im Rahmen der Förderung zusätzlicher Maßnahmen nach dem neuen Absatz 6 Satz 3 ggf. auch mit den kommunalen Gebietskörperschaften abzustimmen haben – den hierfür erforderlichen Konkretisierungsgrad ggf. nicht für jedes zu fördernde Projekt bereits bis zum 30. April erreichen werden. Daher wird die Regelung dahingehend modifiziert, dass die Länder bis zum jeweiligen Stichtag 30. April jeweils nur mindestens die Art des Projekts, die Region und die geplante Förderhöhe konkret benennen müssen.

Zum Stichtag soll dann festgestellt werden, in welchem Umfang die Mittel jeweils auf die beantragenden Länder entfallen. Auf der Grundlage dieser Feststellung kann beurteilt werden,

– ob die zur Verfügung stehenden Mittel für die beantragten Vorhaben vollständig ausreichen oder
– nach dem Königsteiner Schlüssel auf die beantragenden Länder zu verteilen sind oder
– bei Bewilligung aller beantragten Mittel weiterhin noch Fördermittel zur Verfügung stünden, die dann in der Reihenfolge des Antragseingangs nach dem Stichtag noch abgerufen werden könnten.

Daher muss bis zum Stichtag ein so hinreichender Konkretisierungsgrad erreicht sein, dass sich beurteilen lässt, ob die beabsichtigte Projektförderung grundsätzlich mit den Mitteln nach § 45c Absatz 1 Satz 1 und 2 bezuschusst werden kann und welches konkrete Förderkonzept das Land mit den Fördermitteln umsetzen will. Dabei muss insbesondere auch die geplante Förderhöhe konkret benannt werden, damit zum Stichtag zum einen festgestellt werden kann, in welchem konkreten Umfang Fördermittel von dem Land beantragt werden, und zum anderen beurteilt werden kann, ob die geplante Förderhöhe plausibel ist. Damit wird etwa vermieden, dass Fördermittel „vorsichtshalber reserviert“ werden können, die später nicht abgerufen werden. Die konkrete Auszahlung der Mittel für ein Projekt erfolgt, sobald für das Projekt eine konkrete Förderzusage durch das Land oder die kommunale Gebietskörperschaft vorliegt, so dass dann auch die Einzelheiten zur Förderung des konkreten Projekts feststehen.

Um den Ländern das Einreichen möglichst konkreter Anträge bis zum Stichtag zu erleichtern, wird das Bundesministerium für Gesundheit darauf hinwirken, dass die nach dem neuen Absatz 6 Satz 3 antragsberechtigten Länder zu Beginn des Jahres jeweils eine Mitteilung erhalten, in welcher Höhe Fördermittel nach Absatz 6 Satz 3 in dem jeweiligen Kalenderjahr zur Verfügung stehen. Eine weitere Mitteilung soll erfolgen, wenn nach dem Stichtag festgestellt worden ist, in welchem Umfang die zur Verfügung stehenden Fördermittel mit den bis dahin vorliegenden Anträgen ausgeschöpft werden.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der Ergänzung des Absatz 1.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um die bereits im Regierungsentwurf des Gesetzes enthaltene Änderung des § 45c Absatz 7.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der Ergänzung des Absatz 1.

Zu Nummer 14a (§ 51 SGB XI, Verwaltungsvereinfachung)

Zu Buchstabe a

Aus Gründen der Verwaltungsökonomie wird das derzeitige, weitgehend noch papiergebundene Meldeverfahren auf ein einheitliches, mit geringerem Ressourcenaufwand verbundenes und beschleunigtes Meldeverfahren umgestellt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe b

Die Neuformulierung soll sicherstellen, dass die Meldungen in den Fällen des Absatzes 1 Satz 2 umgehend erfolgen, und dient der Verfahrensbeschleunigung. Die Ergänzung stellt klar, dass Teilrückstände keine Meldepflicht begründen. Der Versicherungsnehmer muss vielmehr mit sechs Monatsprämien in voller Höhe im Rückstand sein. Die Rückstände müssen sich insgesamt auf sechs Monatsbeträge summieren, es ist nicht erforderlich, dass es sich um einen ununterbrochenen Zahlungsverzug in einem Zeitraum von sechs aufeinanderfolgenden Monaten handelt.

Zu Buchstabe c

Bisher wurde keine Vereinbarung zu dem Meldeverfahren geschlossen. Daher wird nun eine Verpflichtung zum Abschluss der Vereinbarung innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Gesetzes normiert. Insbesondere soll die Vereinbarung ein einheitliches elektronisches Übermittlungsverfahren gewährleisten. Dadurch kann das Verfahren sowohl für die privaten Versicherungsunternehmen als auch für das Bundesversicherungsamt, das die Meldungen an die in den einzelnen Bundesländer zuständigen Stellen für Ordnungswidrigkeiten weiterleitet, besonders effizient und ressourcensparend gestaltet werden.

Zu Nummer 14b (§ 53b SGB XI, redaktionelle Änderung)

Es handelt sich um eine redaktionelle Richtigstellung hinsichtlich des ab dem 1. Januar 2017 geltenden Begriffs des Pflegegrades.

Zu Nummer 15 (§ 71 Absatz 4 SGB XI, Präzisierung des Begriffs der Räumlichkeiten)

Zu Absatz 4 Nummer 3 Buchstabe a

Auf Grund des Entfallens der Differenzierung zwischen ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungen in der Eingliederungshilfe mit der Einführung des neuen Teils 2 des Neunten Buches, die durch das Bundesteilhabegesetz vorgenommen werden soll, ergibt sich die Notwendigkeit, auch die Regelungen im Elften Buch anzupassen. Der bisherige Anknüpfungspunkt des § 43a an die Leistungserbringung in vollstationären Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen fällt damit jedenfalls im Bereich der vollstationären Versorgung erwachsener Menschen mit Behinderungen weg. Insofern muss ein Anknüpfungspunkt gefunden werden, der die bisherigen Rechtswirkungen auch unter Geltung der neuen Rechtslage weiter sicher abbilden kann. Dies erfolgt durch eine Ergänzung des § 71 Absatz 4, auf den § 43a auch bisher schon Bezug nimmt.

Die hieraus resultierende Neuregelung, nach der auch Räumlichkeiten dem § 71 Absatz 4 unterfallen, in denen der Zweck im Vordergrund steht, dem Wohnen von Menschen mit Behinderungen zu dienen und für die Bewohnerinnen und Bewohner dort Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen zu erbringen, wird vorliegend durch eine Ergänzung präzisiert.

Bereits bislang war im Gesetzentwurf vorgesehen, dass nur solche Räumlichkeiten erfasst werden, auf deren Nutzungsüberlassung das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet. Damit wurde sichergestellt, dass entsprechende Räumlichkeiten nur dann erfasst werden, wenn sowohl die Überlassung des Wohnraums als auch die Erbringung von Pflege- oder Betreuungsleistungen durch Anbieter erfolgen und diese miteinander verknüpft sind. Dadurch werden nur die Räumlichkeiten in den Anwendungsbereich der Regelung einbezogen, die dadurch geprägt sind, dass im Rahmen einer Gesamtbetrachtung die Versorgung – ähnlich wie bei den bereits bisher von § 43a und § 71 Absatz 4 erfassten stationären Einrichtungen – umfassend durch Anbieter organisiert wird. Selbst organisierte ambulant betreute Wohngemeinschaften beispielsweise erfüllen diese Voraussetzung hingegen in aller Regel nicht und werden damit von der Regelung auch nicht erfasst.

Um deutlich zu machen, dass dabei nur solche Räumlichkeiten erfasst werden sollen, in denen der Umfang der anbietergestützten Gesamtversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner mit Behinderungen tatsächlich regelmäßig einen Umfang erreicht, der typischerweise ähnlich in einer vollstationären Einrichtung anzutreffen ist, wird dieses Merkmal in Nummer 3 ausdrücklich ergänzt. Zugleich wird Nummer 3 weiter untergliedert, um die Verständlichkeit zu erhöhen.

Dadurch, dass normiert wird, dass der Umfang der Gesamtversorgung durch Leistungserbringer regelmäßig einen Umfang erreichen muss, der weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht, wird ersichtlich, dass mit der Neuregelung solche Wohnformen erfasst werden, die entweder bereits bislang erfasst

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

worden sind oder die eine Erscheinungsform annehmen, die diesen gleichzustellen ist. Es wird hierbei zum einen auf den regelmäßig erreichten Umfang abgestellt und zum anderen ein weitgehendes Entsprechen gefordert, damit zeitweise und geringfügige Abweichungen nicht dazu führen können, dass Wohnformen, die grundsätzlich eine Erscheinungsform haben, die erfasst werden soll, – ggf. auch auf Grund Nutzung entsprechender Gestaltungsmöglichkeiten – aus dem Anwendungsbereich der Regelungen herausfallen.

Ebenso werden Konstellationen erfasst, in denen die Versorgung der Menschen mit Behinderungen durch Leistungserbringer dann einen Umfang erreicht, der weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht, wenn sowohl die Versorgung in den Räumlichkeiten als auch in stationären Einrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 in eine Gesamtbetrachtung einbezogen wird. Hierdurch wird dem Umstand Rechnung getragen, dass bislang insbesondere vollstationäre Einrichtungen erfasst werden, in denen im Rahmen von Komplexleistungen sowohl mit dem Wohnen zusammenhängende Bedürfnisse als auch die in § 71 Absatz 4 der geltenden Fassung aufgeführten Zwecke erfüllt werden. Nach Einführung der Personenzentrierung und Aufspaltung der heutigen Leistungen der Eingliederungshilfe in Fachleistungen einerseits sowie existenzsichernde Leistungen andererseits, ist zu erwarten, dass sich diese Einrichtungen formal aufspalten werden und ein Teil der ehemaligen vollstationären Einrichtungen zum Wohnbereich und ein anderer Teil zum Bereich beispielsweise der Förderung zur Teilhabe am Arbeitsleben wird. Durch diese formale Aufspaltung soll jedoch nicht die Fortgeltung der bisherigen Rechtswirkungen der Normen des Elften Buches umgangen werden können. Daher wird zur Ermittlung, welchen Umfang die Versorgung der Menschen mit Behinderungen durch Leistungserbringer erreicht, hier auf eine Gesamtbetrachtung abgestellt.

Auch im Rahmen dieser Gesamtbetrachtung müssen die anderen Voraussetzungen aber vorliegen. Es muss sich also um Räumlichkeiten handeln, in denen sowohl der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht als auch auf deren Überlassung das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet, die Versorgung also anbieterverantwortet organisiert ist. Menschen mit Behinderungen, die eigenständig in einer eigenen Wohnung oder beispielsweise bei den Eltern wohnen und nur tagsüber eine Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 – beispielsweise eine Werkstatt für behinderte Menschen – besuchen, werden von dieser Regelung nicht erfasst. Denn auf die Überlassung ihrer Wohnräume findet jedenfalls das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz keine Anwendung. Dementsprechend erübrigt sich in solchen Konstellationen auch eine Gesamtbetrachtung nach § 71 Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe c.

Zu Absatz 4 Nummer 3 Buchstabe b

Angesichts der Vielzahl der Fallgestaltungen und der unterschiedlichen Ausgestaltungen in den Ländern erscheint es sinnvoll, die im Gesetz enthaltenen Merkmale des § 71 Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe c im Rahmen von Richtlinien noch weiter konkretisieren zu lassen, um Trägern wie Betroffenen mehr Rechts- und Planungssicherheit zu geben und eine bundesweit einheitliche Rechtsanwendung zu fördern. § 71 Absatz 4 Satz 2 ermächtigt und beauftragt daher den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, spätestens bis zum 1. Juli 2019 Richtlinien zu erlassen, anhand derer näher abgegrenzt werden kann, wann die in § 71 Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe c genannten Merkmale vorliegen und welche Kriterien bei der Prüfung dieser Merkmale mindestens heranzuziehen sind. Die Richtlinien sind vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene zu beschließen. Die Länder, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sind zu beteiligen.

Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit, das diese im Einnehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erteilt. § 17 Absatz 2 gilt dabei entsprechend mit der Maßgabe, dass die Genehmigung erst dann als erteilt gilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden.

Der Änderungsantrag hat keine finanziellen Auswirkungen auf den Bundeshaushalt.

Zu Nummer 15a (§ 72 SGB XI, Gesamtversorgungsvertrag)

Mit dieser Änderung wird an einen Vorschlag aus der Stellungnahme des Bundesrates vom 23. September 2016 (Drucksache 18/9959) angeknüpft. Um die ambulante Versorgung Pflegebedürftiger nachhaltig zu unterstützen, wurden bereits die Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege umfangreich verbessert. Dies

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

bietet den Pflegebedürftigen mit ihren Angehörigen die Möglichkeit, die pflegerische Versorgung entsprechend ihrer jeweiligen individuellen Situation zusammenzustellen. Damit verbunden müssen die Pflegekassen in Umsetzung ihres Sicherstellungauftrages mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen schließen, damit das zur Umsetzung notwendige Leistungsangebot vor Ort auch zur Verfügung steht.

Gesamtversorgungsverträge bieten den Einrichtungsträgern in zulassungsrechtlicher Hinsicht die Möglichkeit, ihr bestehendes Angebot über ihren bisherigen Versorgungsbereich hinaus zu erweitern. Gleichzeitig können sie damit Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen, da sie wirtschaftlich eigenständige Organisationseinheiten unter der Leitung einer verantwortlichen Fachkraft anbieten können. So ist es vor allem auch in ländlichen Regionen besonders wünschenswert, wenn Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zusätzliche Angebote für Kurzzeit- bzw. Tages- oder Nachtpflege von einer bereits zugelassenen, vollstationären Pflegeeinrichtung zur Verfügung gestellt werden können und sich die vollstationäre Pflegeeinrichtung damit in ihrer Leistungserbringung ins Quartier hinein öffnet. Genauso können beispielsweise in den Räumlichkeiten einer vollstationären Einrichtung auch passgenaue ambulante Versorgungsleistungen angeboten werden, soweit dies in dem Gesamtversorgungsvertrag vereinbart wird.

Nach den vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Rahmen der Pflegeberichterstattung vorgelegten Informationen wird das bisherige Instrument in der Fläche kaum genutzt. In Einzelfällen kann es in der Praxis bislang auch anderweitige Vertragsgestaltungen bei entsprechenden Bedarfslagen geben, die sich auch in Form der Gesamtversorgungsverträge umsetzen lassen. Aus diesen Gründen wird im Gesetz ausdrücklich klargestellt, dass in vollstationären Pflegeeinrichtungen auch einzelne, wirtschaftlich abgegrenzte Versorgungsbereiche in Form von so genannten eingestreuten Plätzen neben dem sonstigen Leistungsangebot als Gesamtversorgungsvertrag zugelassen werden können. Dies soll etwaigen Befürchtungen der Einrichtungsträger um die wirtschaftliche Tragfähigkeit solcher Erweiterungen des Leistungsangebots entgegenwirken, da es nach der Regelung nicht auf eine Mindestgröße für den Umfang des neuen Leistungssegments ankommt. Zudem kann die hiermit vorgenommene Klarstellung bei entsprechender Umsetzung durch die Pflegeeinrichtungen mit den Pflegekassen auch einen wichtigen Beitrag zum Abbau von Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen hin zu mehr Vollzeitbeschäftigung in den Pflegeeinrichtungen leisten.

Zu den Nummern 16, 17a, 17b und 17c (§§ 75, 84, 85, 89 SGB XI, Wirtschaftlichkeit von Gehältern bis zur Höhe von Tarifniveau und Beleg der Personalaufwendungen in den Vergütungsverhandlungen, Beschleunigung des Schiedsstellenverfahrens sowie redaktionelle Folgeänderung hinsichtlich neuer leistungsrechtlicher Begrifflichkeit)

Zu den Nummern 16 und 17b Buchstabe a (§ 75 und § 85 Absatz 3)

Die bisherigen Änderungen in § 75 sind neben den im Folgenden beschriebenen Ergänzungen unverändert aus dem Kabinettentwurf entnommen und werden aus rechtstechnischen Gründen nochmals aufgenommen.

Mit der Ergänzung des § 85 Absatz 3 wird allen Pflegeeinrichtungen ausdrücklich abverlangt, entsprechend der künftig gesetzlich vorgesehenen Wirtschaftlichkeit der Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen in den Pflegesatz- bzw. Pflegevergütungsvereinbarungen nach § 84 Absatz 2 und § 89 Absatz 1 die in der Verhandlung geltend gemachten, voraussichtlichen Personalkosten für die kommende Laufzeit der Vereinbarung zu belegen. Dies umfasst einerseits den zurückliegenden Zeitraum der bisherigen Vereinbarung und die aktuellen Aufwendungen als auch für den künftigen Zeitraum vorgesehene Erhöhungen bzw. Lohnsteigerungen. Damit wird im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Prospektivität der Vergütungsverhandlung hervorgehoben. Gleichzeitig steigert eine verbesserte Plausibilitätsprüfung die Transparenz darüber, ob vereinbarte Lohnkosten auch zweckentsprechend von den Betreibern verausgabt werden. Die Regelung fügt sich in das bestehende System im Leistungserbringerrecht der Pflegeversicherung ein und ergänzt damit das Nachweisrecht in § 84 Absatz 7.

Welche Unterlagen zur Vereinbarung der prospektiven Pflegevergütung im Einzelnen geeignet sind und in Vorbereitung der Vergütungsverhandlungen von den Einrichtungsbetreibern vorgelegt werden müssen, haben die Vereinbarungspartner in den Rahmenverträgen einheitlich auf Landesebene festzulegen. Deshalb wird ein entsprechender Auftrag als neue Nummer 11 aufgenommen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Die Änderung zu § 75 in Buchstabe b folgt der angepassten Formulierung im Leistungsrecht in den §§ 41 bis 43 in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung und ist redaktioneller Art. Entsprechend dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem neuen Verständnis von Pflege wird Betreuung als Bestandteil der pflegebedingten Aufwendungen gesehen.

Zu den Nummern 17a und 17c (§ 84 und § 89 Absatz 1)

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz wurde bereits die Finanzierung von Tariflöhnen durch die Kostenträger erleichtert. Die Bezahlung von tarifvertraglich oder kirchenarbeitsrechtlich verein-barten Gehältern darf seitdem durch die Kostenträger nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Insbesondere in privatwirtschaftlich geführten Pflegeeinrichtungen ohne unmittelbare Tarifbindung greift diese Regelung jedoch nicht. Der Wettbewerb um Fachkräfte hat dort bislang weder zu flächendeckenden Tarifverträgen noch zu einer flächendeckenden Anhebung der Gehälter von Pflegefachkräften auf das Niveau der Entlohnung vergleichbarer Fachkräfte geführt. Private Einrichtungsbetreiber haben in den Vergütungsverhandlungen mit Pflegekassen und Sozialhilfeträgern häufig Schwierigkeiten, Lohnerhöhungen für Pflegekräfte bis hin zu Tarifniveau durchzusetzen. In der Praxis zeigt sich, dass die Kostenträger eine an Tarifverträge oder entsprechende kirchliche Arbeitsrechtsregelungen angelehnte höhere Entlohnung oft als nicht wirtschaftlich ablehnen. So wird auch eine zur Personalgewinnung bisweilen erforderliche höhere Entlohnung von Führungskräften wie etwa Pflegedienstleitungen häufig gekürzt.

Diese Praxis führt dazu, dass insbesondere mittelständische Betreiber von Pflegeeinrichtungen sehr häufig Einzelverhandlungen scheuen und den wirtschaftlichen Druck an ihre Mitarbeiter weitergeben, um das gegebenenfalls sogar existenzgefährdende Risiko zu vermeiden, höhere Löhne nicht refinanziert zu bekommen.

Um einen Gleichklang der leistungsgerechten Bezahlung zwischen Pflegekräften in tarifgebundenen und nicht-tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen herzustellen, wird mit der Änderung in § 84 Absatz 2 und § 89 Absatz 1 bewirkt, dass auch die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe von Tariflöhnen von den Kostenträgern als wirtschaftlich anerkannt werden muss. Dies soll insbesondere nicht-tarifgebundene Pflegeeinrichtungen ermutigen, Einzelverhandlungen zu führen, um die Löhne ihrer Mitarbeiter bis auf Tarifniveau steigern zu können. Für eine darüber hinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes, beispielsweise bei Leitungsverantwortung oder Übernahme besonderer Aufgaben. Durch die Regelung soll der Wettbewerb zwischen Anbietern von Pflegeleistungen nicht mehr über niedrige Gehälter, sondern über Qualität, Effizienz und Innovation geführt werden.

Mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz wurde damit verbunden auch das Nachweisrecht für Kostenträger zur Prüfung der tatsächlichen Bezahlung der Pflegekräfte in unmittelbar tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen in § 84 Absatz 7 eingeführt. Zusammen mit der Anerkennung der Wirtschaftlichkeit einer Bezahlung bis zur Höhe tariflicher Entgelte auch in nicht unmittelbar tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen wird das entsprechende Nachweisrecht der Kostenträger auf sämtliche Pflegeeinrichtungen erweitert. Damit haben die Kostenträger das Recht, von allen Trägern der Pflegeeinrichtungen Nachweise zu verlangen, dass die vereinbarte Personalvergütung auch tatsächlich bei den Beschäftigten in vollem Umfang ankommt. Eine Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip ist mit der Regelung nicht verbunden. Das Recht der sozialen Pflegeversicherung ist weiterhin marktmäßig ausgestaltet, die Vergütungen werden weiterhin prospektiv vereinbart. Das Nachweisrecht erfüllt allein den Zweck, Missbrauch zu Lasten von Beschäftigten sowie der Beitragsgemeinschaft zu verhindern.

Den Vorhaltungen im parlamentarischen Verfahren war in diesem Zusammenhang zu entnehmen, dass befürchtet wurde, den Einrichtungsbetreibern würden mit diesen Änderungen ihre Möglichkeiten beschnitten, in ihren Vergütungsvereinbarungen für die stationäre bzw. ambulante Pflege Positionen zur Abgeltung des unternehmerischen Wagnisses, Gewinns und Unternehmerlohns mit den Kostenträgern zu verhandeln. Dabei muss bereits nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes die Pflegevergütung so bemessen sein, dass sie bei wirtschaftlicher Betriebsführung die Kosten einer Einrichtung hinsichtlich der voraussichtlichen Gestehungskosten unter Zuschlag einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos und eines etwaigen zusätzlichen persönlichen Arbeitseinsatzes sowie einer angemessenen Verzinsung ihres Eigenkapitals deckt (siehe Urteil vom 16. Mai 2013, Az. B 3 P 2/12 R). Demnach sieht das Gesetz in § 84 Absatz 2 Satz 6 vor, der ab 1. Januar 2017 unverändert als Satz 7 weitergilt, dass jeder stationäre Pflegeeinrichtungsträger ein Verlustrisiko zu tragen hat, etwa als Folge eines Überangebotes am Markt, von unwirtschaftlichem Verhalten, infolge eines unzureichenden Leistungsangebots oder wegen eigener unternehmerischer Fehlentscheidungen. Umgekehrt muss nach der Rechtsprechung die Pflegevergütung der stationären Pflegeeinrichtung aber auch die Möglichkeit bieten, Gewinne zu erzielen. Diese können ihr als die im Gesetz ebenfalls aufgeführten Überschüsse verbleiben.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Wie diese Gewinnchance zu bemessen ist, hat der Gesetzgeber im Detail nicht vorgezeichnet, sondern der Aushandlung der Vertragspartner und im Streitfall der Entscheidung der Schiedsstelle im Verfahren nach § 85 Absatz 5 Satz 1 überlassen. Grundsätzlich ist es deshalb von den Vertragspartnern hinzunehmen, wenn die Schiedsstelle im Rahmen ihres Beurteilungsspielraums nach ihrem Ermessen in vertretbarer Weise mit der Festsetzung der Pflegevergütung zugleich die Grundlage für die Realisierung von Gewinnaussichten setzt. Dies kann beispielsweise über einen festen umsatzbezogenen Prozentsatz geschehen oder auch – wie im vom Bundessozialgericht entschiedenen Fall – über die Auslastungsquote gesteuert werden. Dabei gilt dies für alle Pflegemarktteilnehmer, unabhängig ob sie in freigemeinnütziger, privater oder öffentlicher Trägerschaft sind.

Es wird mit der ausdrücklichen Aufnahme in § 84 Absatz 2 Satz 4 und § 89 Absatz 1 Satz 3 in diesem Zusammenhang gesetzlich klargestellt, dass dem Einrichtungsbetreiber eine Gewinnchance zusteht und seine unternehmerischen Risiken berücksichtigt werden sollen.

Zu Nummer 17b Buchstabe b (§ 85 Absatz 5)

Die in den Ländern nach § 76 gebildeten Schiedsstellen haben den gesetzlich zugewiesenen Auftrag, bei gescheiterten Vergütungsverhandlungen nach § 85 Absatz 5 den Vereinbarungspartnern als Vertragshelfer zur Verfügung zu stehen. Damit dienen sie einer effektiven Konfliktlösung für die Beteiligten. Insbesondere im ambulanten Bereich gibt es in der Fläche kaum Einzelverhandlungen, weil Einrichtungsbetreiber das Schiedsstellenverfahren als möglichen Konfliktlösungsmechanismus nicht in Anspruch nehmen möchten. Um dem entgegenzuwirken, wird für die Schiedsstellen im Gesetz ausdrücklich klargestellt, dass sie ihrer Pflicht zur unverzüglichen Entscheidung in der Regel innerhalb von drei Monaten ab Anrufung der Schiedsstelle und Antragsbegründung nachzukommen haben. Dies ist der Schiedsstelle bei einem entsprechenden Mitwirken der Parteien grundsätzlich möglich. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Parteien vor der Schiedsstelle nach wie vor maßgeblich mitbestimmen, wie schnell und zügig das jeweilige Verfahren zu einem Ergebnis geführt wird. Je nach Beibringung der Unterlagen bzw. der klaren Streitigstellung von ungeeinten Punkten hat die Schiedsstelle ohne schuldhaftes Zögern zu entscheiden. Die Klarstellung soll Unsicherheiten in der Rechtsanwendung beseitigen. Daneben steht den Beteiligten unverändert die Möglichkeit offen, zu einer schnelleren Entscheidung eine unabhängige Schiedsperson nach § 76 Absatz 6 einzuschalten.

Zu Nummer 17d (§ 94, Folgeänderung Datenschutz)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. § 94 Absatz 1 Nummer 6 verweist auf § 79. Da in dem mit diesem Gesetz an § 79 angefügten Absatz 4 nunmehr auch eine Abrechnungsprüfung vorgesehen wird, wird der Begriff der Abrechnung auch in die Verweisung des § 94 Absatz 1 Nummer 6 aufgenommen. Den Pflegekassen wird damit die Möglichkeit eröffnet, personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung zu erheben, verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für die Überwachung der Abrechnung erforderlich ist. Mit dieser Änderung wird zugleich dem Vorschlag Nummer 21 aus der Stellungnahme des Bundesrates vom 23. September 2016 (Drucksache 18/9959) entsprochen.

Zu Buchstabe b

Als Folgeänderung zu den Änderungen des § 7 wird die Befugnis der Pflegekassen zur Verarbeitung personenbezogener Daten geregelt, die für die Wahrnehmung der entsprechenden gesetzlichen Aufgaben durch die Pflegekassen erforderlich sind. Die bisher geltende Einschränkung dieser Befugnis bei Information und Auskunft über Leistungen der Prävention und Teilhabe, über die Leistungen und Hilfe zur Pflege sowie über deren Erbringer wird aufgehoben.

Zu Nummer 17e (§ 95 SGB XI, Folgeänderung Datenschutz)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. § 95 Absatz 1 Nummer 1 verweist auf § 79. Da in dem mit diesem Gesetz an § 79 angefügten Absatz 4 nunmehr auch eine Abrechnungsprüfung vorgesehen wird, wird der Begriff der Abrechnung auch in die Verweisung des § 95 Absatz 1 Nummer 1 aufgenommen. Den Verbänden der Pflegekassen wird damit die Möglichkeit eröffnet, personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung zu erheben, verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für die Überwachung der Abrechnung erforderlich ist.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 17f (§ 97a SGB XI, redaktionelle Anpassung)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz wurde der bis dahin geltende § 114 Absatz 4 aufgehoben. Insofern müssen auch der Verweis auf § 114 Absatz 4 Satz 2 gestrichen und die Überschrift der Vorschrift angepasst werden.

Zu Nummer 17g (§ 97d SGB XI, redaktionelle Änderung)

Durch das Präventionsgesetz vom 17. Juli 2015 wurde die bisherige „Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18“, die bei der Begutachtung zu erstellen ist, zu einer „Präventions- und Rehabilitationsempfehlung“ erweitert. Diese Änderung ist in § 97d Absatz 2 jeweils in Satz 1 und Satz 2 nachzuvollziehen.

Zu Nummer 19 (§ 109 SGB XI, Klarstellung zu Meldeverpflichtung der Pflegeeinrichtungen)

Zu Buchstabe a

Es handelst sich um eine Erweiterung des statistisch erfassbaren Personenkreises auf alle Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1. Die Ergänzung der Statistik um die Postleitzahl ist bereits im Gesetzentwurf enthalten.

Zu Buchstabe b

Die Auskunftspflicht nach § 109 Absatz 3 ist von besonderer Bedeutung zur Gewährleistung einer kommunalen oder regionalen Planung der Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige Menschen. Sie muss daher gesichert werden, ohne die ohnehin mit zahlreichen bürokratischen Anforderungen konfrontierten Pflegeeinrichtungen mit zusätzlichem bürokratischem Aufwand zu belasten.

Die derzeitige Umsetzung des § 109 Absatz 1 hat jedoch dazu geführt, dass die Pflegeeinrichtungen ihren Meldeverpflichtungen gemäß § 109 Absatz 3 nicht mehr gleichzeitig mit der Meldung nach § 109 Absatz 1 nachkommen können. Das vom Statistischen Bundesamt entwickelte Statistikverfahren führt dazu, dass die eingegebenen Daten so verschlüsselt werden, dass sie nur für dieses Verfahren genutzt werden können. Es ist daher in der Pflegestatistikverordnung sicherzustellen, dass der Bedeutung des Wortes "gleichzeitig" in § 109 Absatz 3 wieder zur Geltung verholfen wird und die Pflegeeinrichtungen mit einer einheitlichen Datenerfassung sowohl gegenüber dem Bund als auch gegenüber den für die Planung und Investitionsfinanzierung zuständigen Landesbehörden nachkommen können. Damit wird zugleich einem Vorschlag aus der Stellungnahme des Bundesrates vom 23. September 2016 (Drucksache 18/9959) entsprochen. Eine Bezugnahme auf Absatz 2 ist entbehrlich, da von der dort enthaltenen Ermächtigung bisher nicht Gebrauch gemacht worden ist.

Zu Nummer 19a (§ 113a SGB XI, Trennung der Kosten für die Entwicklung von Expertenstandards von den Kosten für die qualifizierte Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6)

Auf Grundlage des § 113a Absatz 2 haben die Vertragsparteien nach § 113 am 30. März 2009 eine Verfahrensordnung zur Entwicklung von Expertenstandards vereinbart. Darin ist bestimmt, dass die Vertragsparteien bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 113a von der „Geschäftsstelle Expertenstandards nach § 113a SGB XI“ des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen unterstützt werden. Die Finanzierungsverantwortung für die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards obliegt gemäß § 113a Absatz 4 dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Die Kosten für die Geschäftsstelle Expertenstandards zählen bisher somit zu den Verwaltungskosten des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurde geregelt, dass die Vertragsparteien Vereinbarungen und Beschlüsse im Bereich der Qualitätssicherung, u. a. auch die Entscheidungen bei der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards, durch den Qualitätsausschuss Pflege treffen und dabei durch die qualifizierte Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 unterstützt werden. Die qualifizierte Geschäftsstelle wird aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung finanziert (§ 8 Absatz 3 und 4). Die Aufgaben der Geschäftsstelle Expertenstandards werden insoweit von der Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege übernommen. Die Trennung der Tätigkeitsbereiche zwecks Zuordnung der unterschiedlichen Finanzverantwortung ist in der Praxis jedoch mit unverhältnismäßigem Verwaltungsaufwand verbunden. Deshalb wird nunmehr geregelt, dass die Kosten für die Tätigkeit der Geschäftsstelle zur Entwicklung der Expertenstandards nicht mehr als Verwaltungskosten dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zuzuordnen, sondern ebenfalls aus dem Ausgleichsfonds zu begleichen sind.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 20 (§ 113b SGB XI, redaktionelle Folgeänderung; Informationsrechte und Zeitplan für Entwicklung der Qualitätsinstrumente)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Neuregelung in § 115 Absatz 1c. In § 115 Absatz 1c wird unter bestimmten Bedingungen ein Datenzugang für Dritte für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung eröffnet, der sich allein auf die zusammenfassenden, nicht personenbezogenen Daten bezieht, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a, bzw. rückwirkend auch auf die Daten, die den übergeleiteten Pflege-Transparenzvereinbarungen nach § 115a unterliegen. Das Nähere zu der Weitergabe der Daten an Dritte, insbesondere zum Vertragsschluss, den Nutzungsrechten und den Pflichten des Nutzers bei der Verwendung der Daten, sollen die Vertragsparteien durch den Qualitätsausschuss bestimmen, weshalb die Ergänzung in § 113b Absatz 1 Satz 2 erforderlich ist.

Zu den Buchstaben e und f

Der Gesetzgeber hat im Zweiten Pflegestärkungsgesetz der Selbstverwaltung eine umfassende Neuordnung der Verfahren und Instrumente zur Qualitätsmessung, Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung aufgegeben und für einzelne Schritte konkrete Zeitvorgaben vorgegeben. Die Geschäftsstelle Qualitätsausschuss, die nach Absatz 6 Satz 1 bis zum 31. März 2016 einzurichten war, hat am 1. August 2016 ihre Arbeit aufgenommen. Die Auftragserteilung an die Wissenschaft nach Absatz 4 ist bisher noch nicht erfolgt.

Um die Erreichung der gesetzlichen Zeitziele durch die Vertragsparteien nach § 113 zu unterstützen und eine hohe Transparenz der Verfahrensschritte zu schaffen, werden Informationsrechte und Berichtspflichten geschaffen sowie den Vertragsparteien auferlegt, einen Zeitplan vorzulegen, der auch einzelne Umsetzungsschritte enthält und damit einen hohen Konkretisierungs- und Differenzierungsgrad besitzt. Der Zeitplan ist durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen.

Informationsrecht, Berichtspflicht und Zeitplan beziehen sich dabei auf alle durch die Vertragsparteien gemeinsam nach Absatz 1 Satz 2 zu erfüllenden Aufgaben. Noch zu erarbeiten sind: Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 (zum 1. Januar 2018), Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 (zum 30. Juni 2017 – stationäre Pflege – bzw. 30. Juni 2018 – ambulante Pflege), Auftragserteilung und Bearbeitung der wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Absatz 4 (mit jeweils differenzierten Fristsetzungen) und Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a (zum 31. Dezember 2017 – stationär – bzw. zum 31. Dezember 2018 – ambulant). Im engen Zusammenhang mit der zeitgerechten Entwicklung dieser Instrumente steht auch der rechtzeitige Beginn der Erarbeitung der Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, die durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zu leisten ist.

Informationsrecht, Berichtspflicht und Zeitplan ermöglichen eine intensive Kommunikation und Information zwischen allen Beteiligten in der Selbstverwaltung (Vertragsparteien und beteiligte auf Bundesebene maßgebliche Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118) untereinander und mit dem Bundesministerium für Gesundheit, um die jeweiligen Aufgaben und Arbeitsschritte zielorientiert miteinander zu verzahnen. Dies dient auch dazu, angesichts der notwendig zügigen Bearbeitung der Aufgaben keine inhaltlichen Aspekte bei der Entwicklung der neuen Qualitätssicherungsinstrumente ins Hintertreffen geraten zu lassen.

Insoweit absehbar ist, dass ein Zeitziel aus dem Zeitplan durch die Vertragsparteien nicht eingehalten werden kann, kann das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einzelne Umsetzungsschritte im Wege der Ersatzvornahme selbst voranbringen. Damit ist nicht erst im Fall der Nichteinigung bzw. nicht fristgerechten Umsetzung durch die Vertragsparteien (neuer Absatz 9) der angemessene Fortgang der Arbeiten sichergestellt, sondern auch in den Fällen, in denen bereits bei der Vorbereitung von Vereinbarungen oder Beschlüssen der Vertragsparteien, z. B. auf Ebene von Arbeitsgruppen, prozessleitende oder inhaltliche Schritte zur Erreichung der Zeitziele nicht rechtzeitig oder nicht effektiv erfolgen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 20a (§ 113c SGB XI, Begriffliche Klarstellung zum Pflegebedürftigkeitsbegriff; Klarstellung zu den Beteiligungsrechten nach § 113c)

Zu Buchstabe a

In § 113c Absatz 1 Satz 3 wird auf den „neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff“ Bezug genommen, der aber am 1. Januar 2017 der geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff sein wird. Durch die Änderung wird begriffliche Klarheit geschaffen.

Zu Buchstabe b

Die Beteiligungsrechte des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen sind derzeit in § 113b Absatz 2 (Qualitätsausschuss) und § 113c Absatz 2 (Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen) unterschiedlich beschrieben. Dies führt zu Unklarheiten in der Umsetzung der Beteiligungsrechte durch die Geschäftsstelle Qualitätsausschuss, die gemäß § 113c Absatz 1 Satz 6 die Vertragsparteien auch bei der Aufgabe nach dieser Vorschrift, nämlich der Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben, unterstützen soll.

Die Änderung bildet die Formulierung zu den Beteiligungsrechten aus § 113b Absatz 2 nach, soweit die Verfahren nach den §§ 113b und 113c vergleichbar sind, und schafft dadurch die notwendige Verfahrenssicherheit.

Zu Nummer 21a (§ 114a SGB XI, Konkretisierung der Mitwirkungspflicht der Einrichtungen bei Qualitätsprüfungen und Maßgaben für Einwilligung mit dem Ziel, standardisierte Widersprüche auszuschließen)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Artikel 13 Absatz 7 des Grundgesetzes (GG) gestattet Eingriffe und Beschränkungen auf Grund eines Gesetzes nur zur Verhütung einer „dringenden“ Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung. Die Regelung in § 114a Absatz 2 Satz 3 spricht dagegen von „drohenden“ Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung. Zwar stellt das Attribut „drohende“ für sich genommen keinen von der „dringenden“ Gefahr i. S. v. Artikel 13 Absatz 7 GG abweichenden, geringeren Gefahrengrad auf. § 114a Absatz 2 Satz 3 ist hinsichtlich des erforderlichen Gefahrengrades allerdings lückenhaft und müsste verfassungskonform ausgelegt werden. Zur Klarstellung wird deshalb der Gefahrenbegriff an Artikel 13 Absatz 7 GG angeglichen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die redaktionellen Änderungen sind erforderlich, weil Leistungen der häuslichen Krankenpflege zukünftig auch dann in die Qualitätsprüfung bei einem nach § 114 zu prüfenden Pflegedienst einzubeziehen sind, wenn diese Leistungen bei Personen erbracht werden, die keine Leistungen der Pflegekasse in Anspruch nehmen.

Zu Buchstabe b

Die redaktionellen Änderungen sind erforderlich, weil Leistungen der häuslichen Krankenpflege zukünftig auch dann in die Qualitätsprüfung bei einem nach § 114 zu prüfenden Pflegedienst einzubeziehen sind, wenn diese Leistungen bei Personen erbracht werden, die keine Leistungen der Pflegekasse in Anspruch nehmen.

Zu Buchstabe c

Die Änderungen reagieren auf in den vergangenen Monaten vermehrt bekannt gewordenen Informationen, wonach Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bei ambulanten Pflegediensten durch die Vorlage standardisierter Widersprüche der von diesen betreuten Personen verhindert werden. Seitens der MDK-Gemeinschaft wurden diese Erfahrungen bestätigt. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen führte dazu in einem Schreiben aus, dass von ambulanten Pflegediensten vermehrt der Versuch unternommen werde, unter Zuhilfenahme auch datenschutzrechtlicher Argumente Qualitätsprüfungen zu erschweren oder unmöglich zu machen. So sei Prüfern bereits bei einer Reihe von Pflegediensten mit Verweis auf standardisierte Widersprüche der Zugang zu personenbezogenen Daten verweigert worden. Die

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

betreffenden Pflegedienste haben sich im Rahmen der Prüfungen auch geweigert, dem MDK Listen mit den Namen der von dem Pflegedienst versorgten Personen für die Auswahl der in die Prüfung einzubeziehenden Personen vorzulegen. Für die Prüfer bestand hier keine Transparenz über den versorgten Personenkreis. Zudem konnte der MDK nur sehr eingeschränkt eine Personenstichprobe für die Prüfung zusammenstellen.

Durch die Änderungen werden die Pflichten der Pflegeinrichtungen und die Aufgaben der Prüfer des MDK, des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung und der von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen konkretisiert.

Die Anforderungen an die Aufklärung orientieren sich bei Anpassung an den Rahmen und die Erfordernisse der Qualitätsprüfungen an den Regelungen des § 630e des Bürgerlichen Gesetzbuches über die Aufklärungspflichten im Rahmen eines Behandlungsvertrages. Die Einwilligung nach Absatz 2 oder Absatz 3 kann nicht im Vorfeld der Prüfung abgegeben werden, sondern muss nach Bekanntgabe der Einbeziehung der Person in die Stichprobe gegenüber den Prüfern abgegeben werden.

Damit die von dem Pflegedienst versorgten Personen am Tag der Qualitätsprüfung nicht mehr als notwendig mit neuen Informationen konfrontiert werden, wäre es hilfreich und sachdienlich, wenn Pflegekassen z. B. im Zusammenhang mit Leistungsbescheiden bereits regelmäßig in verständlicher Weise über den Schutzzweck der Qualitätsprüfungen informieren und auf die Notwendigkeit der Durchführung von Qualitätsprüfungen zum Erhalt des Qualitätsniveaus bzw. zur Identifizierung von Verbesserungspotentialen hinweisen.

Zu Nummer 21b (§ 115 SGB XI, Zugang für Dritte zu nicht gewerblicher Nutzung der Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a zu Grunde liegen; verbindliche Nutzungsbedingungen)

Mit der neuen Regelung in Absatz 1c wird unter bestimmten Bedingungen erstmals ein Datenzugang zu Daten aus den Qualitätsprüfungen für Dritte eröffnet, sofern die Daten in die Qualitätsdarstellung entsprechend den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach Absatz 1a eingehen. Der Datenzugang wird unter der Voraussetzung eröffnet, dass die Daten zu nicht-gewerblichen Zwecken genutzt werden und bezieht sich allein auf die zusammenfassenden, nicht personenbezogenen Daten, die den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen unterliegen: Der Anspruch besteht ab 1. April 2017, denn dann liegen die von den Vertragsparteien zu erstellenden Nutzungsbedingungen vor, die das Nähere zu der Übermittlung regeln. Der Anspruch umfasst damit rückwirkend auch die Daten, die seit dem 1. Januar 2017 in die Qualitätsdarstellung nach den übergeleiteten Pflege-Transparenzvereinbarungen nach § 115a eingegangen sind. Für die Informationen nach Absatz 1b gelten die Maßgaben entsprechend.

Das Nähere zu der Weitergabe der Daten an Dritte, insbesondere zum Vertragsschluss, den Nutzungsrechten und den Pflichten des Nutzers bei der Verwendung der Daten, bestimmen die Vertragsparteien (durch den Qualitätsausschuss) bis zum 31. März 2017 in Nutzungsbedingungen, die dem Datennutzungsvertrag unabdingbar zu Grunde zu legen sind. Mit den Nutzungsbedingungen ist eine nicht missbräuchliche, nicht wettbewerbsverzerrende und manipulationsfreie Verwendung der Daten zu nicht-gewerblichen Zwecken sicherzustellen. Erfolgt eine Verwendung der Daten in Zusammenhang mit anderen Daten, so hat der Dritte zu gewährleisten, dass die Herkunft der Daten für die Endverbraucherin oder den Endverbraucher transparent bleibt. Zu den Nutzungsbedingungen gehört auch, dass der Nutzer die von den Landesverbänden der Pflegekassen nachzuweisenden Kosten zu tragen hat.

Diese Regelungen orientieren sich an entsprechenden Verfahren im Krankenhausbereich (Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Allgemeinen Nutzungsbedingungen für die Zurverfügungstellung der XML-Daten der Qualitätsberichte der Krankenhäuser vom 19. Juni 2008).

Die Interessen der Nutzer erfordern es, dass die Daten in einer maschinen- und menschenlesbaren sowie plattformunabhängigen Form zur Verarbeitung und Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen sind. Auf diese Weise ist insbesondere eine Vernetzung mit anderen Informationsportalen möglich.

In § 113b Absatz 1 wird der Aufgabenkatalog des Qualitätsausschusses entsprechend ergänzt.

Zu Nummer 22 (§ 118 SGB XI, redaktionelle Änderung auf Grund der Anpassung der Begrifflichkeiten zu den Beteiligungsrechten)

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung auf Grund der Anlehnung der Begrifflichkeiten zu den Beteiligungsrechten in § 113c an die Begrifflichkeiten zu den Beteiligungsrechten in § 113b.

Zu Buchstabe b

Die Änderung entspricht dem bisherigen Änderungsbefehl in Artikel 1 Nummer 22 des Gesetzentwurfs.

Zu Nummer 22a (§ 121 SGB XI, Vereinfachung Sachverhaltsaufklärung bei OWiG-Verfahren)

Die Neuregelung stellt klar, dass die für die Verfolgung und Ahndung zuständigen Verwaltungsbehörden im Sinne des § 36 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a oder Absatz 2 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten bei den gemäß § 51 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 meldepflichtigen privaten Versicherungsunternehmen, den Dienstherren, der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten die für die Durchführung des Verfahrens notwendigen Auskünfte einholen können. Bei den im Sinne des Satzes 1 zuständigen Verwaltungsbehörden kann es sich insbesondere um zuständige Landesministerien, Landesversorgungsämter, Landesverwaltungsämter, Städte, Kommunen oder Landkreise handeln. Die Aufzählung ist nicht abschließend, da die Länder im Rahmen ihrer Zuständigkeit unterschiedliche Regelungen getroffen haben. Die zuständige Verwaltungsbehörde hat pflichtgemäßes Ermessen anzuwenden und eine Interessenabwägung vorzunehmen („kann … einholen“). Auch ist der besonderen Schutzwürdigkeit der personenbezogenen Daten der betroffenen Versicherungsnehmer Rechnung zu tragen.

In der Praxis hat sich gezeigt, dass die Durchführung der Ordnungswidrigkeitenverfahren vielfach dadurch erschwert und verzögert wird, weil für die Ermittlung wichtige Zusatzinformationen mit den Meldepflichtigen nicht zeitnah geklärt werden können oder erst über das Bundesversicherungsamt als für die Meldungen zuständige Verwaltungsbehörde eingeholt werden müssen. Durch die Neuregelung wird das Verfahren deutlich vereinfacht und entbürokratisiert.

Entsprechend dem heutigen Stand der Technik und der elektronischen Aktenführung wird in Anlehnung an § 21 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 des Zehnten Buches (SGB X) die Übermittlung der Auskünfte in elektronischer Form und als elektronisches Dokument zugelassen. Dabei ist sicherzustellen, dass die Übermittlung nur auf der Grundlage einer sicheren Verschlüsselung erfolgt.

Um den Aufwand für die Meldepflichtigen zu begrenzen, wird außer bei einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage keine Verpflichtung zu einem persönlichen Erscheinen oder einer Aussage normiert. Dies entspricht der Regelung in § 21 Absatz 2 Satz 3 SGB X.

Zu Nummer 24 (§§ 123, 124 SGB XI, Modellvorhaben)

Zu § 123

Zu Absatz 1

Die Regelung beschreibt das Konzept der Modellvorhaben. Es wird klargestellt, dass nur in den Ländern Anträge gestellt werden können, in denen landesrechtliche Vorschriften dies vorsehen: Jedes Land kann in eigener Zuständigkeit entscheiden, ob es an dem Gesamtprojekt teilnehmen will oder nicht.

Nach § 97 Absatz 1 des Zwölften Buches (SGB XII) ist für die Sozialhilfe grundsätzlich der örtliche Träger der Sozialhilfe sachlich zuständig (in der Regel Kreise und kreisfreie Städte), soweit nicht der überörtliche Träger sachlich zuständig ist. Die sachliche Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe wird nach Landesrecht bestimmt (§ 97 Absatz 2 Satz 1 SGB XII). Soweit das Landesrecht keine Bestimmung nach § 97 Absatz 2 Satz 1 SGB XII enthält, ist der überörtliche Träger der Sozialhilfe für Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII sachlich zuständig (§ 97 Absatz 3 Nummer 2 SGB XII). Insbesondere in Sachsen-Anhalt wird die sachliche Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe, insbesondere für Leistungen der Hilfe zur Pflege im Sinne des SGB XII, durch Landesrecht bestimmt (§ 3 Absatz 1 Nummer 2 des Gesetzes zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – des Landes Sachsen-Anhalt – AG SGB XII). Überörtlicher Träger ist das Land Sachsen-Anhalt (§ 2 Absatz 1 AG SGB XII). In diesem Fall können die örtlichen Träger der Sozialhilfe, die im Auftrag des Landes die Hilfe zur Pflege durchführen, Modellvorhaben nach Satz 1 beantragen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Für Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, beispielsweise Hamburg und Berlin, muss das Modellvorhaben auf den jeweiligen Stadtbezirk selbst beschränkt werden.

Zu Absatz 2

Die Änderung kann ebenfalls den Handlungsspielraum der Antragsteller erweitern, indem die vorgegebenen Inhalte der landesrechtlichen Vorschriften nicht mehr auf die Anforderungen an Beratungsstellen, die Anträge nach Absatz 1 sowie den Widerruf nach § 124 Absatz 2 Satz 1 beschränkt werden, sondern sich auch auf andere, aus Sicht der Länder regelungswürdige Tatbestände beziehen können.

Zu Absatz 3

Die Verteilung der vorgesehenen 60 Modellvorgaben auf die einzelnen Bundesländer erfolgt nach dem Königsteiner Schlüssel für das Jahr 2017, der im Bundesanzeiger veröffentlich ist.

Weiter beschreibt die Regelung das Genehmigungsverfahren. Um eine breite Zustimmung zu den jeweiligen Modellvorhaben herzustellen, ist den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene und den Landesverbänden der Pflegekassen vor der Genehmigung eines Antrags die Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Damit werden von Anfang an ein Informationsaustausch und eine Zusammenarbeit hergestellt.

Vor dem Hintergrund, dass die Zahl der Modellvorhaben auf höchstens 60 beschränkt wird, ist eine Regelung zur Abtretung erforderlich. Nicht in Anspruch genommene Modellvorhaben werden an andere Länder abgetreten. Die Pflicht zur Abtretung gilt sowohl für den Fall, dass Länder die ihnen nach dem Königsteiner Schlüssel zustehenden Möglichkeiten zur Durchführung von Modellvorhaben nicht nutzen wollen, als auch dann, wenn die Länder keine landesrechtliche Regelung zur Durchführung von Modellvorhaben innerhalb der in Absatz 2 Satz 3 genannten Frist treffen. Für diese beiden Fälle sollen die Länder zur Vermeidung von Unsicherheiten miteinander eine Verteilung der nicht in Anspruch genommenen Modellvorhaben vereinbaren. Dabei ist ein Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit herzustellen.

Zu Absatz 4

Mit der Änderung wird eine Frist für die Erstellung von Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen gesetzt. Damit wird sichergestellt, dass die Empfehlungen zeitnah erstellt werden und Wirkung für die Länder entfalten können, die sich entschließen, an dem Gesamtprojekt teilzunehmen und landesrechtliche Vorschriften erlassen wollen. Die Empfehlungen sind bis zum 30. Juni 2017 vorzulegen. Um sich frühzeitig über die Zielrichtung der Empfehlungen und die wechselseitigen Vorstellungen auszutauschen, beabsichtigt das Bundesministerium für Gesundheit, zu Beginn des Jahres 2017 sowohl den Spitzenverband Bund der Pflegekassen als auch die interessierten obersten Landesbehörden zu einem gemeinsamen Gespräch einzuladen.

Darüber hinaus wird es den Ländern ermöglicht, einen Beirat auf Landesebene für die Modellvorhaben einzurichten. Es ist sinnvoll, die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene und die Landesverbände der Pflegekassen an diesem Beirat auf Landesebene zu beteiligen. Ein solcher Beirat kann dem wechselseitigen Austausch unter den Mitgliedern dienen und ermöglicht es den beteiligten Stellen, die oberste Landesbehörde bei der Klärung fachlicher und verfahrensbezogener Fragen zu beraten. Zu den Aufgaben des Beirats gehört es auch, sich über die verschiedenen Wirkungen der Modellvorhaben auszutauschen und gemeinsam zu beraten, wie die Beiratsmitglieder in eigener Zuständigkeit die Modellvorhaben unterstützen können.

Zu Absatz 5

Die Bund-Länder Empfehlung zu den Modellvorhaben sieht vor, dass für eine kalkulierbare Finanzierung der von den Pflegekassen auf die Kommunen zu übertragenden Aufgaben die Kosten im Vertrag prospektiv pauschaliert werden und für die Pflegekassen wettbewerbsneutral als Leistungsausgaben gebucht werden sollen. Alternativ können entsprechende Personalgestellungen durch die Pflegekassen vereinbart werden, wenn eine Integration der Beschäftigten in die neue Struktur gewährleistet ist. Wichtig ist die Vorgabe in Absatz 5 Satz 2, dass den Pflegekassen keine höheren Kosten entstehen dürfen, als wenn sie die Aufgaben selbst erfüllt hätten. Zur Klarstellung wird ergänzt, dass es sich bei der Aufgabenerfüllung um eine gleiche Größenordnung handeln muss. Ebenfalls klarstellend ergänzt wird, dass die Orientierungsgröße für die Berechnungen die bisherigen Ausgaben der Pflegekassen für die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c, die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 und die Pflegekurse nach § 45 sind.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Darüber hinaus wird neu eingeführt, dass bei Uneinigkeit unter den Landesverbänden der Pflegekassen im Hinblick auf die abzuschließenden Vereinbarungen mit dem jeweiligen Antragsteller nach Satz 1 eine Entscheidung durch Mehrheitsbeschluss der in § 52 Absatz 1 Satz 1 genannten Stellen herbeigeführt wird. Dieses Vorgehen hat sich in der Vergangenheit bereits bewährt und gewährleistet, dass zügig Vereinbarungen getroffen werden können.

Zu Absatz 6

Die Änderung regelt den Beginn der Modellvorhaben neu. Diese beginnen automatisch mit Inkrafttreten der Vereinbarung. Dadurch wird Rechtssicherheit hergestellt und die Möglichkeit geschaffen, durch eine entsprechende Vertragsgestaltung den Beginn des jeweiligen Modellvorhabens innerhalb der in § 124 Absatz 1 geregelten Fristen individuell passgenau festzulegen.

Darüber hinaus wird ergänzt, dass Antragsteller, die beabsichtigen, sich zur Durchführung der Beratung Dritter zu bedienen, dieses bereits im Konzept nach Absatz 2 darzulegen haben. Dies gewährleistet, dass bereits bei Antragstellung erkennbar ist, wie die Antragsteller die Beratung für Pflegebedürftige sicherstellen wollen.

Zu § 124

Zu Absatz 1

Die Regelung beinhaltet die Fristen der Modellvorhaben. Um die Modellvorhaben sinnvoll zu begrenzen, wird festgelegt, dass die Modellvorhaben bis zum 31. Dezember 2019 beantragt werden können und auf fünf Jahre zu befristen sind. Damit wird sichergestellt, dass das Gesamtprojekt in einem überschaubaren Rahmen bleibt, der eine gute Vergleichbarkeit der Projekte ermöglicht, die im Wesentlichen zeitgleich durchgeführt werden. Diese Änderung entspricht auch Vorschlägen des Bundesrates aus dessen Stellungnahme vom 23. September 2016 (Drucksache 18/9959).

Zu Absatz 2

Mit der Änderung wird ergänzt, dass eine Klage gegen den Widerruf keine aufschiebende Wirkung hat. Damit wird sichergestellt, dass die Zuständigkeit für die Beratung unmittelbar an die Pflegekassen zurückgeht und dadurch für Pflegebedürftige keine Beratungslücke entsteht, wenn die Genehmigung für ein Modellvorhaben widerrufen wird. In Satz 3 wird der Verweis auf die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung redaktionell angepasst.

Zu Absatz 3

Die Regelung beinhaltet die Auftragsvergabe der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung aller Modellvorhaben. Es wird bestimmt, dass die für die Modellvorhaben zuständigen obersten Landesbehörden sowie der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam und im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit einen entsprechenden Auftrag vergeben. Um auch hier die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene einzubinden, ist auch mit diesen ein Benehmen herzustellen. Die Auswertung erfolgt für alle Modellvorhaben gemeinsam. Dabei soll zum einen ausgewertet werden, ob sich durch die Modellvorhaben die Servicequalität der Beratung in der Region für die Betroffenen verbessert (Vorher – Nachher-Vergleich). Zum anderen sieht die Auswertung einen Vergleich mit anderen Regionen vor, in denen kein Modellvorhaben durchgeführt wird. Denkbar ist der Vergleich auch mit solchen Regionen, in denen Kooperation und Vernetzung zwischen unterschiedlichen Beratungsangeboten auf andere Weise gestärkt werden. Ausdrücklich sieht die Auswertung einen Vergleich mit den Beratungsangeboten der sozialen Pflegeversicherung und den der privaten Pflege-Pflichtversicherung außerhalb der Modellvorhaben vor. Damit wird ein wichtiger Schwerpunkt der Auswertung bestimmt, der Vergleiche mit herkömmlichen Beratungsmodellen ermöglicht. Die Veröffentlichung des Abschlussberichts wird um sieben Monate auf den 31. Juli 2026 verschoben. Damit wird in Verbindung mit den Fristen nach Absatz 1 sichergestellt, dass der Abschlussbericht in angemessener Frist nach Abschluss aller Modellvorhaben erstellt und veröffentlicht werden kann.

Zu Absatz 4

Die Regelung verpflichtet die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Modellvorhaben zu begleiten und unter Beteiligung der für die Auswertung zuständigen Sachverständigen, des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der kommunalen Spitzenverbände für den Austausch der Modellvorhaben untereinander zu sorgen. Hierdurch

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

soll einerseits eine Supervision der Modellvorhaben durch die wissenschaftliche Begleitung sichergestellt und andererseits ein Lernen von den Schwierigkeiten und Lösungen anderer Modellvorhaben ermöglicht werden. Bei dieser Aufgabe können die nach Landesrecht zuständigen Stellen sich vom Auftragnehmer der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung nach Absatz 3 unterstützen lassen, indem der Auftragnehmer die Organisation und Durchführung des Austausches übernimmt.

Zu Absatz 5

Die Änderung ergänzt, dass der Beirat zur Begleitung der Modellvorhaben im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit einzurichten ist. Dadurch wird sichergestellt, dass Bund und Länder sich gemeinsam auf einen Beirat einigen, der das Gesamtprojekt zuverlässig begleitet und berät.

Zu Nummer 24a (§ 134 SGB XI, redaktionelle Änderung)

Es handelt sich um eine erforderliche redaktionelle Anpassung auf Grund der letzten Änderung der Anlagerichtlinien der Sondervermögen des Bundes im Dezember 2015.

Zu Nummer 25 (§ 141 SGB XI, Erstreckung des Besitzstandsschutzes auf Finanzierung von Unterkunft und Verpflegung; Erweiterung des Besitzstandsschutzes bei Wechsel in eine neu zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung; Besitzstandsschutz bei fehlender Vergütungsvereinbarung; Informationspflicht der Pflegekassen)

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung dient der ausdrücklichen Klarstellung, dass es sich bei dem Zuschlag nach § 141 Absatz 3 wie bei den Leistungsbeträgen nach § 43 um einen einmalig monatlich berechneten Betrag handelt, der grundsätzlich jeden Monat in gleicher Höhe und unabhängig von den tatsächlichen Kalendertagen auszuzahlen ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Änderung soll sichergestellt werden, dass die Mitfinanzierung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung über den Leistungsbetrag der Pflegeversicherung im bisherigen Umfang im Rahmen der Besitzstandsschutzregelung erhalten bleibt. Damit wird eine finanzielle Schlechterstellung der betroffenen Pflegebedürftigen auch in diesen Fällen vermieden.

Zu Doppelbuchstabe cc

Mit der Änderung soll sichergestellt werden, dass die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen möglichst frühzeitig über die Höhe des monatlichen Leistungszuschlages und der sich damit für sie noch ergebenden Eigenbelastung informiert werden. Damit wird einer Forderung des Bundesrates (Drucksache 18/9959) Rechnung getragen.

Zu Doppelbuchstabe dd

Der bisherige Satz 4 wird Satz 6 und präzisiert.

Zu Buchstabe c

Die im Kabinettentwurf vorgesehenen Änderungen des Besitzstandsschutzes für die Kurzzeitpflege und bei Wechsel der vollstationären Pflegeeinrichtung in Nummer 25 Buchstaben b und c werden zur besseren Übersichtlichkeit angesichts der Ergänzungen neu gegliedert.

Der neue Absatz 3a entspricht weitgehend den im Kabinettentwurf unter Buchstabe b angefügten Sätzen zu Absatz 3.

Der neue Absatz 3b entspricht weitgehend dem bisherigen Absatz 3a im Kabinettentwurf. Ergänzend vorgesehen ist nunmehr, dass bei Umzug Pflegebedürftiger in eine neue, vollstationäre Pflegeeinrichtung, die erstmalig am bzw. nach dem Überleitungszeitpunkt 1. Januar 2017 eine Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen hat, der bestehende Besitzstand der betroffenen Pflegebedürftigen gewahrt bleibt und sie ihren monatlichen Zuschlagsbetrag mitnehmen.

Der neue Absatz 3c sieht für Pflegebedürftige eine Erweiterung der Besitzstandsschutzregelung nach Absatz 3 vor, um diese Pflegebedürftigen auch im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017 vor höheren

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Eigenanteilen bei den pflegebedingten Zuzahlungen zu schützen. Dabei sind alle Pflegebedürftige erfasst, die zum Jahreswechsel 2016/2017 bereits in einer vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt werden und die erstmalig bzw. erneut einen höheren einrichtungseinheitlichen Eigenanteil im Vergleich zu ihrem jeweiligen individuellen Eigenanteil im Dezember 2016 zu tragen haben. Dabei sind ausdrücklich auch die Pflegebedürftigen der Absätze 3, 3a und 3b mit erfasst.

Nach Absatz 3c erhalten vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die im Rahmen des Übergangsverfahrens zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs keine neue Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen haben und über die Auffangregelung der §§ 92d ff. in das neue System gestartet sind, von Februar 2017 bis Dezember 2017 eine zeitlich begrenzte Möglichkeit, sich mit ihren Vereinbarungspartnern ebenfalls auf Verbesserungen, insbesondere bei der Personalausstattung, im Zuge der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu einigen, ohne dass dies zu höheren Zuzahlungen für die Pflegebedürftigen bei ihren pflegebedingten Aufwendungen führt.

Mit Absatz 3c werden ebenfalls bereits im Übergangsverfahren nach § 92c abgeschlossene Vereinbarungen mit mehrstufigen Umstellungen auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, die nach dem 1. Januar 2017 wirken, in dem vorgesehenen Zeitraum mitumfasst, um die davon betroffenen Pflegebedürftigen in diesen Pflegeeinrichtungen vor höheren Zuzahlungen im Vergleich zu Dezember 2016 zu bewahren.

Zu Buchstabe d

Pflegebedürftige, die ambulant oder stationär von zugelassenen Pflegeeinrichtungen versorgt werden, die keine Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen getroffen haben, haben gemäß § 91 Absatz 2 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, jedoch begrenzt auf 80 Prozent des Betrages, der ihnen auf Grund ihres Pflegegrades zustünde. Ist dieser Leistungsbetrag ab dem 1. Januar 2017 niedriger als der Leistungsbetrag, der ihnen am 31. Dezember 2016 zustand, haben sie nunmehr weiterhin Anspruch auf den höheren Leistungsbetrag.

Dieser Besitzstandsschutz gilt auch für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

Zu Nummer 26 (§ 144 SGB XI, Anpassung der Übergangsregelungen beim Entlastungsbetrag; Klarstellung zum Abruf nicht ausgeschöpfter Fördermittel nach § 45c SGB XI; Übergangsregelung zu § 13 Absatz 4 SGB XI)

Zu Absatz 3

Um den Anspruchsberechtigten eine gleichmäßigere Verwendung der zwischen dem 1. Januar 2015 und 31. Dezember 2016 nicht verbrauchten Leistungsbeträge nach § 45b Absatz 1 oder Absatz 1a zu ermöglichen, wird der Übertragungszeitraum angepasst. Für die Verwendung der Mittel stehen damit zwei Jahre zur Verfügung, so dass sie zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2018 für eine regelmäßige Entlastung in die individuelle Versorgung eingeplant werden können. Zudem wird der Anspruch damit auch für diejenigen Versicherten besser nutzbar gemacht, die in einem Bundesland leben, in dem erstmals ab Januar 2017 damit begonnen werden kann, auf der Grundlage einer erst dann in Kraft getretenen neuen Landesverordnung auch niedrigschwellige Entlastungsangebote anzuerkennen.

Mit der Regelung in § 144 Absatz 3 wird zum einen in der Sache der Übertragungszeitraum für die Mittel verlängert, die innerhalb des normalen Übertragbarkeitszeitraums nach § 45b Absatz 2 nicht ausgeschöpft wurden. Für die Mittel nach § 45b Absatz 1 und 1a, die nach der Übertragbarkeitsregelung in § 45b Absatz 2 mit Ablauf des 30. Juni 2016 verfallen sind, konstituiert § 144 Absatz 3 zum anderen in der Sache eine neue Anspruchsgrundlage. Denn die an sich bereits verfallenen Mittel können nach dieser Vorschrift ab dem 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2018 erneut genutzt werden: entweder, um gemäß Satz 2 eine nachträgliche Kostenerstattung für bereits bezogene Leistungen zu erhalten, oder, um diese Beträge gemäß Satz 1 zum Bezug von Leistungen nach dem neuen § 45b in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung einzusetzen. Die Gründe hierfür sind im Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Dritten Pflegestärkungsgesetz zu § 144 Absatz 3 bereits ausführlich dargestellt worden (siehe BT-Drucksache 18/9518, S. 80 f.).

Zu Absatz 4

Um die Ausschöpfung der Fördermittel nach § 45c zu verbessern, wird zum 1. Januar 2017 in § 45c Absatz 6 eine Regelung eingeführt, nach der die Länder, die ihre Fördermittel weitgehend (zu mindestens 80 Prozent) ausschöpfen, zur Förderung weiterer Maßnahmen die Möglichkeit erhalten, zusätzlich die Fördermittel abzurufen, die von den Ländern und kommunalen Gebietskörperschaften auch im Rahmen der Übertragung auf das Folgejahr nach

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Absatz 6 Satz 2 noch nicht verbraucht worden sind. Diese Übertragbarkeit der Fördermittel auf Länder mit einer hohen Ausschöpfungsquote soll bereits unmittelbar ab dem 1. Januar 2017 greifen und auch die Mittel aus dem Jahre 2015 umfassen, die in das Folgejahr 2016 übertragen worden aber bis zum Jahresende 2016 nicht ausgeschöpft worden sind. Mit der vorliegenden Regelung wird daher sichergestellt, dass diese bis zum Ende des Jahres 2016 nicht ausgeschöpften Fördermittel auf der Grundlage des neuen § 144 Absatz 4 ab dem 1. Januar 2017 nahtlos zur Verfügung stehen, um gemäß dem neuen § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 genutzt zu werden.

Zu Absatz 5

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Weiterentwicklung des § 13 Absatz 4. Würde man vorsehen, dass ab dem 1. Januar 2017 auch für alle bisherigen Leistungsbezieher, die unter diese Regelung fallen, unverzüglich Vereinbarungen nach § 13 Absatz 4 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung getroffen werden müssen, würde dies bei den Leistungsträgern zu einer hohen Ressourcenbindung, gerade zu Beginn des Jahres 2017, führen. Angesichts der umfangreichen Aufgaben, die sich insbesondere für die Pflegekassen wie auch für die Träger der Sozialhilfe ab dem 1. Januar 2017 bereits auf Grund der Umstellungen auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ergeben, wäre die hiermit verbundene Belastung übermäßig groß. Dabei würden auch viele Fälle zu regeln sein, bei denen der Leistungsbezug aus den jeweiligen Systemen bislang reibungslos verläuft und aus Sicht der betroffenen Träger wie auch der Leistungsbezieher daher eine Vereinbarung nach § 13 Absatz 4 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung gar nicht zwingend notwendig erscheint. Aus diesem Grund beschränkt § 144 Absatz 5 die Anwendung des § 13 Absatz 4 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung auf die Bestandsfälle, in denen mindestens einer der Betroffenen das Bedürfnis nach einer entsprechenden Vereinbarung tatsächlich anmeldet. Nur dann muss ab dem 1. Januar 2017 auch für bisherige Leistungsbezieher eine solche Vereinbarung getroffen werden.

Zu Nummer 30 (Anlage 1 zu § 15 SGB XI, Klarstellung zur Tabellenangabe über die Berechnung von Einzelpunkten für Kriterien im Bereich der „Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“)

Es handelt sich um eine Klarstellung zur Anwendung der Tabelle „Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 („Verbandswechsel und Wundversorgung“), 5.9 („Versorgung mit Stoma“), 5.10 („Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden“) und 5.11. („Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung“)“ bei der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit.

In der Tabelle ist die Spalte zu zwei Einzelpunkten überschrieben mit: „ein- bis zweimal täglich“; und die Spalte zu drei Einzelpunkten ist überschrieben mit: „mindestens dreimal täglich“. Rein rechnerisch kann aber auch ein Wert zwischen zweimal und dreimal täglich vorkommen, da die unter 5.8, 5.9, 5.10 und 5.11 zu erfassenden Maßnahmen, die nicht täglich, sondern in einer bestimmten Häufigkeit monatlich oder wöchentlich notwendig sind, zunächst in einen Tageswert umgerechnet und dann addiert werden müssen. Nimmt diese Summe täglich erforderlicher Maßnahmen für die Kriterien der Ziffern 5.8, 5.9, 5.10 und 5.11 einen durchschnittlichen Wert an, der zwischen 2,0 und 3,0 liegt, ist in der bisherigen Formulierung nicht eindeutig bestimmbar, ob in diesen Fällen 2 oder 3 Einzelpunkte zu vergeben sind.

In der Erprobung des Begutachtungsinstruments wurden und in der derzeitigen Vorbereitung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung auf die Umstellung auf das neue Begutachtungsinstrument werden in diesen Fällen 2 Einzelpunkte zugeschrieben; 3 Einzelpunkte werden entsprechend des Wortlauts der Tabelle erst vergeben, wenn das Ergebnis der mathematischen Rechenoperationen mindestens den Wert 3,0 annimmt.

Durch die Änderung wird sichergestellt, dass bei einer Summe täglicher Maßnahmen für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11, die rechnerisch zwischen 2,0 und 3,0 liegt, 2 Einzelpunkte zugeordnet werden.

Zu Artikel 2 (SGB XII)

Zu Nummer 5

Zu § 63 Absatz 1 (Sterbebegleitung)

Zur Vermeidung von Missverständnissen wird Absatz 1 Satz 2 an den Wortlaut des § 28 Absatz 5 erster Halbsatz des Elften Buches angepasst.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu § 63b

Die Pflege und die Eingliederungshilfe haben auch nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs grundsätzlich unterschiedliche Aufgaben. Aufgabe der Pflege ist die Kompensation von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten. Aufgabe der Eingliederungshilfe ist die Förderung der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Die Leistungen der Pflege und die der Eingliederungshilfe sind grundsätzlich verschieden und stehen gleichrangig nebeneinander.

Zu § 64

Die Änderung dient der Klarstellung, dass mit § 64 des Gesetzentwurfs keine inhaltliche Änderung gegenüber dem bisherigen § 63 Satz 1 in Verbindung mit dem allgemeinen sozialhilferechtlichen Grundsatz des § 13 Absatz 1 verbunden ist. Wie bisher sollen in Konkretisierung des allgemeinen sozialhilferechtlichen Grundsatzes die Träger der Sozialhilfe darauf hinwirken, dass die häusliche Pflege – soweit diese ausreichend ist – unter Verwendung des Pflegegeldes nach § 64a durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahe stehen oder als Nachbarschaftshilfe übernommen werden.

Zu § 64b

Folgeänderung zum Änderungsantrag zu § 64.

Zu § 64c

Folgeänderung zum Änderungsantrag zu § 64.

Zu Nummer 12a (§ 122 SGB XII, Erhebungserweiterung)

Bisher können der amtlichen Statistik keine Angaben über den gleichzeitigen Bezug von Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen der Pflegeversicherung nach § 43a des Elften Buches entnommen werden. Mit der Ergänzung der Nummer 3 um den neuen Buchstaben b wird diese Lücke zur Verbesserung der Datengrundlage geschlossen.

Auf der Grundlage der bisherigen Nummer 4 konnte nicht ermittelt werden, wie viele Personen, die nicht in der Pflegeversicherung versichert sind, Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten haben. Darüber hinaus war in den Fällen einer bestehenden Sozialversicherungspflicht unklar, aus welchen Gründen sozialversicherungspflichtige Pflegebedürftige zwar Leistungen der Hilfe zur Pflege, jedoch keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten haben. Zur Verbesserung der Datenlage wird daher die bisherige Nummer 4 durch die Änderungen nach den Buchstaben a und b präzisiert und ergänzt.

Mit der Aufnahme des neuen Merkmals „Höhe des anzurechnenden Einkommens“ sollen erstmals Informationen erhoben werden, in welchem Umfang die Leistungsempfänger sich an den Leistungen der Hilfe zur Pflege beteiligen. Zugleich wird hierdurch eine bestehende Informationslücke für künftige Gesetzesfolgenabschätzungen geschlossen. Damit werden künftig für das Siebte Kapitel annähernd vergleichbare Informationen wie für die Leistungsberechtigten nach dem Dritten und Vierten Kapitel vorliegen.

Zu Nummer 13 (§ 138 SGB XII)

Mit dem ersetzten Satz 1 wird der Anwendungsbereich des § 138 über die häusliche Pflege hinaus auf stationäre Leistungen der Hilfe zur Pflege erweitert. Mit der geänderten Übergangsregelung wird sichergestellt, dass in den Fällen, in denen bei Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1. Januar 2017 die Ermittlung und die Feststellung des Pflegegrads und des notwendigen pflegerischen Bedarfs noch nicht abgeschlossen sind, die bisherigen Leistungen, die auf der Grundlage des bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Rechts erbracht worden sind, vorläufig weiter zu gewähren sind. Mit der Ergänzung wird insbesondere vermieden, dass Pflegebedürftige der sogenannten Pflegestufe 0 in stationären Pflegeeinrichtungen vorübergehend keine Leistungen erhalten. Der Anspruch auf Weitergewährung ist bis zum Abschluss des Verfahrens befristet.

Soweit Pflegebedürftige in den Fällen des Satzes 1 zugleich Leistungen nach dem Elften Buch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung erhalten, sind diese anzurechnen. Dies gilt nicht für den Zuschlag auf den Entlastungsbetrag, den Pflegebedürftige im Rahmen des Besitzstandsschutzes auf den erhöhten Betrag im Sinne des § 45b des Elften Buches in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erhalten, und für den Entlastungs-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

betrag selbst. Die in § 141 Absatz 2 des Elften Buches und in § 45b Absatz 3 des Elften Buches enthaltenen Regelungen zur Frage der Anrechenbarkeit dieses Zuschlages sowie des Entlastungsbetrages nach § 45b des Elften Buches in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich finden Anwendung.

Zu Artikel 12 (Bundesversorgungsgesetzes – BVG)

Zu Nummer 9 (§§ 27k, 27l BVG, Übergangsregelungen für Pflegebedürftige aus Anlass des Dritten Pflegestärkungsgesetzes)

Zu § 27k

In Absatz 1 wird klargestellt, dass sich die Überleitung von der Einordnung in Pflegestufen in Pflegegrade auf Personen bezieht, bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen auf Leistungen nach § 26c in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung vorliegen. Maßgeblich für die Überleitung in die Pflegegrade ist also nicht das Bestehen eines Anspruchs auf Leistungen nach § 26c in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, sondern in der zuvor geltenden Fassung.

Zu § 27l

Die Regelung sieht eine mit dem neuen § 138 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vergleichbare Übergangsregelung für die Dauer der erstmaligen Ermittlung und Feststellung des notwendigen pflegerischen Bedarfs vor. Eine solche Übergangsregelung ist auch für die Leistungsbezieher der Hilfe zur Pflege im sozialen Entschädigungsrecht erforderlich. Die Regelung stellt sicher, dass die bisherigen Leistungen der Hilfe zur Pflege, die auf der Grundlage des bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Rechts erbracht worden sind, vorläufig bis zum Abschluss des behördlichen Verfahrens weiter gewährt werden. Erhalten Leistungsbezieher der Hilfe zur Pflege in dieser Zeit zugleich Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, sind diese anzurechnen, soweit sie nicht nach Satz 2 zweiter Halbsatz von der Anrechnung ausgenommen sind. Darüber hinaus legt die Übergangsregelung das Verfahren für den Fall fest, dass die Leistungen für die Zeit ab dem 1. Januar 2017 höher oder geringer sind als die vorübergehend weitergewährten Leistungen.

Zu Artikel 13 (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V)

Zu Nummer 2 (§ 37 SGB V, Regelung zur Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen)

Zu Buchstabe a

Die Regelung entspricht der im Gesetzentwurf enthaltenen Regelung.

Zu Buchstabe b

Durch die Regelung wird bestimmt, dass Versicherte in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a des Elften Buches Leistungen der Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 Satz 1 erhalten, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) haben vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen grundsätzlich einfachste Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege zu erbringen, für die es keiner besonderen medizinischen Sachkunde oder medizinischer Fertigkeiten bedarf und die daher regelmäßig von dem in der Einrichtung beschäftigten Personal, wie von jedem erwachsenen Haushaltsangehörigen, ohne Weiteres ausgeführt werden können. Weitergehende Leistungsverpflichtungen der Einrichtungen würden sich aus der Ausrichtung ihres Aufgabenprofils auf eine besondere Zielgruppe ergeben, bei der ständig bestimmte behandlungspflegerische Maßnahmen erforderlich werden würden und die Einrichtung deshalb entsprechend sächlich und personell auszustatten seien, weil ohne die behandlungspflegerische Maßnahmen die Eingliederungsaufgabe im Hinblick auf die Zielgruppe der Einrichtung nicht erreicht werden könne (vgl. BSG, Urteil vom 22. April 2015, Az.: B 3 KR 16/14 R).

Mit der neuen Regelung wird für Versicherte mit einem besonderen Bedarf an Behandlungspflege, der eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert, bestimmt, dass in diesen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Fällen die Krankenkasse die Behandlungspflege auch dann übernimmt, wenn eine solche Behandlungspflege von der stationären Einrichtung nach der Rechtsprechung des BSG zu erbringen wäre. Die Voraussetzung einer ständigen Überwachung und Versorgung kann auch bei einem nur vorübergehenden Bedarf, z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt, gegeben sein.

In den von der neuen Regelung nicht erfassten Fällen, in denen der Bedarf an Behandlungspflege keine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegekraft erfordert, sind nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nach wie vor die Krankenkassen für Leistungen der Behandlungspflege zuständig, soweit es sich nicht – wie oben dargelegt – um einfachste Maßnahmen handelt oder die Leistungserbringung zu den Aufgaben der Einrichtung gehört.

Zu Nummer 2a (§ 38 SGB V, Regelung zur Klarstellung der Leistungen zur Haushaltshilfe bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit)

Zu Buchstabe a

Nach der durch das Krankenhausstrukturgesetz zum 1. Januar 2016 eingeführten Regelung des § 38 Absatz 1 Satz 3 erhalten Versicherte auch dann Haushaltshilfe, wenn ihnen die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht möglich ist. Insoweit sollten Versorgungslücken geschlossen werden. Entsprechende Regelungen erfolgten für Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 1a und der Kurzzeitpflege nach § 39c. Auf die Leistungen nach § 37 Absatz 1a und § 39c besteht kein Anspruch, soweit eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches (SGB XI) festgestellt ist, weil vergleichbare Leistungen bereits nach dem SGB XI gewährt werden. Im Gesetzentwurf wird klargestellt, dass sich dies auf Pflegebedürftige in den Pflegegraden 2, 3, 4 und 5 beschränkt, um eine ungewollte Leistungslücke für Menschen im Pflegegrad 1 zu schließen. Dies soll nunmehr entsprechend den Regelungen in § 37 Absatz 1a Satz 1 und § 39c Satz 1 auch für Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 Absatz 1 Satz 3 für die künftigen Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 klargestellt werden. Insoweit gelten die Ausführungen im Gesetzentwurf zur Begründung der Änderungen des § 37 Absatz 1a Satz 1 (Artikel 13 Nummer 2) und § 39c Satz 1 (Artikel 13 Nummer 3). Zugleich wird sichergestellt, dass bei Pflegebedürftigen des Pflegegrads 1 Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 in Anspruch genommen werden können.

Zu Buchstabe b

Ein Leistungsausschluss wegen vorliegender Pflegebedürftigkeit ist hinsichtlich der Kinder von Versicherten nicht gerechtfertigt, weil Leistungen nach dem SGB XI nur die hauswirtschaftliche Versorgung der Versicherten betreffen. Es wird deshalb bestimmt, dass die Pflegebedürftigkeit von Versicherten Haushaltshilfe nach den Sätzen 3 und 4 zur Versorgung des Kindes nicht ausschließt.

Zu Nummer 4 (§ 132a SGB V, Versorgung mit häuslicher Krankenpflege)

Zu Buchstabe a

Um eine einheitliche und qualitativ gleichwertige Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zu gewährleisten, sieht § 132a Absatz 1 die Abgabe von Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege sowie eine nicht abschließende Aufzählung der in den Rahmenempfehlungen zu regelnden Inhalte vor. Die Rahmenempfehlungen sind vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegedienste maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene abzugeben. Die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 sind dabei zu berücksichtigen. Die Regelung wird von den Empfehlungspartnern nur schleppend umgesetzt. Bislang liegen lediglich Rahmenempfehlungen vom 10. Dezember 2013 zu einzelnen Themen vor. Angesichts der steigenden Bedeutung der häuslichen Krankenpflege im Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung dienen die Änderungen in Absatz 1 dem Ziel, die Rahmenempfehlungen als Versorgungsstandards für die Erbringung und Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu stärken und verbindlicher zu gestalten.

Zu Doppelbuchstabe aa

Der in Satz 4 geregelte Katalog obligatorisch zu vereinbarender Empfehlungsinhalte wird überarbeitet und in Bezug auf Empfehlungsinhalte, die für eine einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nicht zwingend erforderlich sind, bereinigt. Eine Rahmenempfehlung nach Satz 4 Nummer 1 zu Inhalten der häuslichen

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung wurde bislang nicht abgegeben. Da die Festlegung und Abgrenzung der Leistungsinhalte in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) geregelt sind und die Richtlinie bei der Abgabe der Rahmenempfehlungen nach Satz 1 zu berücksichtigen ist, wird Nummer 1 aus den obligatorischen Empfehlungsinhalten gestrichen. Es bleibt den Empfehlungspartner jedoch unbenommen, auch zu den Inhalten der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung unter Berücksichtigung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ergänzende Empfehlungen abzugeben, wenn dies für erforderlich angesehen wird. Aus der Aufhebung der Nummer 1 folgt entsprechend, dass die übrigen Regelungsziffern jeweils eine Nummer vorrücken.

Zu Doppelbuchstabe bb

Satz 5 wird neu gefasst und die gesetzliche Frist zur Abgabe und Anpassung der Rahmenempfehlungen gestrichen. Im neuen Satz 5 wird geregelt, dass in den Rahmenempfehlungen nach Nummer 1 bis 3 (neu) auch Regelungen über die behandlungspflegerische Versorgung von Versicherten, die auf Grund eines besonders hohen Pflegeaufwandes oder einer Bedrohung der Vitalfunktion des Versicherten einer ununterbrochenen Anwesenheit einer Pflegekraft bedürfen, vorzusehen sind. Mit der Neuregelung wird die aktuelle Diskussion um die Sicherstellung der notwendigen Versorgungsqualität bei der Erbringung von Leistungen der Beatmungspflege aufgegriffen. Für die Beschreibung der betreffenden Leistungen wird die in Artikel 2a Nummer 1 Buchstabe a des Entwurfes eines Gesetzes zur Errichtung eines Transplantationsregisters und zur Änderung weiterer Gesetze verwendete Formulierung übernommen. Außerklinische Intensivpflege kann als Leistung der häuslichen Krankenpflege auch in zugelassenen Pflegeinrichtungen nach § 43 des Elften Buches oder sonstigen Wohnformen erbracht werden (z. B. spezielle Einrichtungen für dauerbeatmete Kinder oder sonstige Wohngruppen oder Wohngemeinschaften für Beatmungspatienten). Die Wahl des Wohnortes obliegt dabei dem Versicherten und darf nicht von etwaigen Wirtschaftlichkeitserwägungen der Pflegeeinrichtungen oder Krankenkassen abhängen. Die Regelung dient dem Ziel, die Versorgungsqualität im Bereich der außerklinischen Intensivpflege zu stärken und bundesweit einheitliche Qualitäts- und Versorgungsstandards zu gewährleisten. Die bislang in Satz 5 geregelte gesetzliche Frist zur Abgabe und Anpassung der Rahmenempfehlungen ist durch das in Absatz 2 neu geregelte Schiedsverfahren entbehrlich und wird daher gestrichen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Doppelbuchstabe dd

Mit dem angefügten Satz 7 wird geregelt, dass die Inhalte der von den Vertragspartnern nach Satz 1 vereinbarten Rahmenempfehlungen den Verträgen über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zugrunde zu legen sind. Damit werden die Verbindlichkeit der Rahmenempfehlungen erhöht und ihre Inhalte als bundesweit einheitliche Versorgungsstandards für die Erbringung und Abrechnung von Leistungen häuslicher Krankenpflege gestärkt.

Zu Buchstabe b

Die Vergangenheit hat gezeigt, dass eine fristgerechte und umfassende Abgabe von Rahmenempfehlungen zu den in Absatz 1 Satz 4 aufgezählten obligatorischen Empfehlungsinhalten auf Grund der Heterogenität der für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und den unterschiedlichen Interessenlagen und Prioritäten bei den Rahmenempfehlungspartnern Schwierigkeiten bereitet. Mit Absatz 2 wird daher eine Schiedsregelung eingeführt, mit der die Effektivität bei der Abgabe der Rahmenempfehlungen erhöht werden soll. Mit der Schiedsregelung erhalten die Empfehlungspartner die Möglichkeit, Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege insgesamt oder zu einzelnen Empfehlungsinhalten im Wege einer Mehrheitsentscheidung innerhalb von drei Monaten durch eine gemeinsame Schiedsstelle festzulegen. Die Schiedsstelle wird auf Antrag eines Empfehlungspartners oder auf Antrag des Bundesministeriums für Gesundheit tätig.

Zu Buchstabe c

Absatz 3 regelt die Bildung, Amtsdauer und Geschäftsführung der Schiedsstelle. Die Schiedsstelle wird gemeinsam vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene gebildet. Als maßgeblich im Sinne des Absatz 3 ist

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

eine Spitzenorganisation dann anzusehen, wenn sie im Zeitpunkt des Amtsbeginns der Schiedsstelle die Voraussetzungen des § 1 der Patientenbeteiligungsverordnung in entsprechender Anwendung erfüllt und darüber hinaus entweder die Interessen der Gruppe einer rechtlich anerkannten Spezialisierung oder eines Anteils von 5 Prozent der Pflegedienste vertritt. Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Pflegedienste zu gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, über die sich die Rahmenempfehlungspartner einigen sollen. Im Falle der Nichteinigung entscheidet das Los (§ 89 Absatz 3 Satz 5). Die Amtsdauer der gemeinsamen Schiedsstelle beträgt vier Jahre, im Fall der Losentscheidung über das Amt des Vorsitzenden, die unparteiischen Mitglieder oder die Stellvertreter ein Jahr. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten regeln. § 129 Absatz 9 und 10 Satz 1 gilt entsprechend. Klagen gegen Festsetzungen der Schiedsstelle haben keine aufschiebende Wirkung.

Absatz 4 entspricht dem bisherigen Absatz 2. Ergänzend wird in einem neuen Satz 6 klargestellt, dass an Leistungserbringer, die Verträge über die Erbringung häuslicher Krankenpflege schließen wollen, Mindestanforderungen, die den Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen, zu stellen sind. Damit soll es den Krankenkassen erleichtert werden, Leistungserbringer beispielsweise bei Unzuverlässigkeit oder Unwirtschaftlichkeit der Leistungserbringung von Vertragsverhandlungen oder Verträgen auszuschließen. Die Sätze 11 und 12 enthalten die bereits im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur Teilnahme an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen sowie zur Pflicht, die Erbringung intensivpflegerischer Leistungen in stationsähnlichen Wohnformen gegenüber der jeweiligen Krankenkasse anzuzeigen.

Zu Nummer 5 (§ 275b SGB V, redaktionelle Folgeänderungen zu Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der Häuslichen Krankenpflege durch den MDK)

Zu den Nummern 1 und 2 Buchstabe a und c

Bei den Änderungen in § 275b Absatz 1 und 2 Satz 2, 4 und 5 handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen zu den Änderungen in § 132a gegenüber der Fassung des Gesetzentwurfs (Verschiebung des bisherigen Absatzes 2 in einen neunen Absatz 4 und Einfügung eines neuen Satzes 6 in den neuen Absatz 4).

Zu Nummer 2 Buchstabe b

Artikel 13 Absatz 7 des Grundgesetzes (GG) gestattet Eingriffe und Beschränkungen auf Grund eines Gesetzes nur zur Verhütung einer „dringenden“ Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung. Die Regelung in § 275b Absatz 2 Satz 3 spricht gemäß ihrer derzeitigen Fassung im Gesetzentwurf dagegen von einer „drohenden“ Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung. Zwar stellt das Attribut „drohende“ für sich genommen keinen von der "dringenden" Gefahr i. S. v. Artikel 13 Absatz 7 GG abweichenden, geringeren Gefahrengrad auf. § 275b Absatz 2 Satz 3 ist in seiner derzeitigen Fassung im Gesetzentwurf hinsichtlich des erforderlichen Gefahrengrades allerdings lückenhaft und müsste verfassungskonform ausgelegt werden. Zur Klarstellung wird deshalb der Gefahrenbegriff an Artikel 13 Absatz 7 GG angeglichen.

Zu Artikel 15 (Pflegestatistik-Verordnung – PflegeStatV)

Zu Nummer 1 (§ 2 PflegeStatV, Zusätzliche Erfassung von Pflegegrad 1)

Durch die Ergänzung in Verbindung mit der Änderung des § 109 SGB XI wird es möglich, auch Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 zu erfassen, wenn sie nur nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) oder keine Leistungen der Pflegeversicherung im Kostenerstattungsverfahren nach § 45b SGB XI in Anspruch nehmen, und damit diesen Personenkreis vollständig zu erfassen.

Zu Artikel 16 (Medizinproduktegesetzes – MPG)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht, zuständige Behörde)

Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 10a.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Nummer 5 (§ 15 Absatz 5 MPG, redaktionelle Klarstellung)

Klarstellung des Gewollten, dass die in § 15 Absatz 2 Satz 1, 2, 4 bis 8 und Absatz 4 sowie § 16 Absatz 1 und 2 genannten Befugnisse der zuständigen Behörde sich auch auf anerkannte Prüflaboratorien erstrecken sollen. Damit wird auch für die anerkannten Prüflaboratorien, die in der Regel nicht mit den Prüflaboratorien der Benannten Stelle in § 15 Absatz 2 Satz 6 gleichzusetzen sind, eine klare Rechtsgrundlage für die Überwachung, die Bekanntmachung, das Erlöschen, die Rücknahme, den Widerruf und das Ruhen der Anerkennung geschaffen. Die entsprechende Anwendung von § 15 Absatz 2 Satz 3 ist nicht erforderlich, weil die Überwachung von anerkannten Prüflaboratorien nach Absatz 5 nicht zur Überwachung der Benannten Stellen, die an der Durchführung von Konformitätsbewertungsverfahren für Medizinprodukte, die ionisierende Strahlen erzeugen oder radioaktive Stoffe enthalten, gehört.

Zu Nummer 8 (§ 26 Absatz 3 MPG, Gefahrenbegriff; Befugnisse von Behörden)

Zu Buchstabe a

Klarstellung des Gewollten. Artikel 13 Absatz 7 des Grundgesetzes (GG) gestattet Eingriffe und Beschränkungen auf Grund eines Gesetzes nur zur Verhütung einer „dringenden“ Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung. Die Regelung in § 26 Absatz 3 Nummer 1 spricht gemäß ihrer derzeitigen Fassung im Gesetzentwurf dagegen von einer „drohenden“ Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung. Zwar stellt das Attribut „drohende“ für sich genommen keinen von der „dringenden“ Gefahr i. S. v. Artikel 13 Absatz 7 GG abweichenden, geringeren Gefahrengrad auf. § 26 Absatz 3 Nummer 1 ist in seiner derzeitigen Fassung im Gesetzentwurf hinsichtlich des erforderlichen Gefahrengrades allerdings lückenhaft und musste in den vergangenen 21 Jahren verfassungskonform ausgelegt werden. Deshalb wird jetzt zur Klarstellung der Gefahrenbegriff an Artikel 13 Absatz 7 GG angeglichen.

Zu den Buchstaben c und d

Unterlagen und Dokumente, die nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung zu erstellen und zu führen sind, sollen von den mit der Überwachung beauftragten Personen nicht nur eingesehen werden können. Stattdessen sollen die mit der Überwachung beauftragten Personen bzgl. dieser Unterlagen und Dokumente dieselben Rechte erhalten, wie sie ihnen nach der im Gesetzentwurf enthaltenen neuen Nummer 3a im Hinblick auf die in Nummer 3 geregelten Unterlagen eingeräumt werden. Nur so können die mit der Überwachung beauftragten Personen ihre Überwachungsaufgabe sachgerecht erledigen. Insofern erfolgt eine Klarstellung des Gewollten. Aus rechtsförmlichen Gründen werden die Befugnisse der mit der Überwachung beauftragten Personen im Hinblick auf das Herausgabeverlangen von Unterlagen oder Dokumenten nach den Nummern 3 und 5 in einer neuen Nummer 6 zusammengefasst.

Zu Nummer 10a (§ 32a MPG, zuständige Behörde)

Im Hinblick auf die Frage, welche Marktüberwachungsbehörde bei Meldungen der Zollbehörden (Kontrollmitteilungen) zu Medizinprodukten, die zur Überführung in den freien Warenverkehr vorgesehen sind, örtlich zuständig ist, kam es in der Vergangenheit zu unterschiedlichen Auffassungen zwischen Zollbehörden, Marktüberwachungsbehörden am Ort der Zollstelle und Marktüberwachungsbehörden am Bestimmungsort der Waren. Mangels einer fachgesetzlichen Regelung wurde das jeweilige Landesverwaltungsverfahrensgesetz von den Behörden unterschiedlich ausgelegt. Mit der nun vorgesehenen Regelung erfolgt eine fachgesetzliche Klärung der örtlichen Zuständigkeit.

Grundlage für die Kontrolle von in den Gemeinschaftsmarkt eingeführten Produkten stellt die Verordnung (EG) Nr. 765/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. Juli 2008 über die Vorschriften für die Akkreditierung und Marktüberwachung im Zusammenhang mit der Vermarktung von Produkten und zur Aufhebung der Verordnung (EWG) Nr. 339/93 des Rates (ABl. L 218 vom 13.08.2008, S. 30 (zuvor Verordnung (EWG) Nr. 339/93 des Rates vom 8. Februar 1993 über die Kontrolle der Übereinstimmung von aus Drittländern eingeführten Erzeugnissen mit den geltenden Produktsicherheitsvorschriften (ABl. L 40 vom 17.02.1993, S. 1)) dar. Danach soll sichergestellt werden, dass nur konforme, den Regelungen des Binnenmarkts (New Approach) entsprechende Produkte eingeführt werden, um in den Verkehr gebracht zu werden.

In Artikel 27 Absatz 3 der Verordnung (EG) Nr. 765/2008 ist geregelt, unter welchen Voraussetzungen die für die Kontrolle der Außengrenzen zuständigen Behörden die Freigabe eines Produkts zum freien Verkehr auf dem

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Gemeinschaftsmarkt aussetzen können. Die für die Kontrolle der Außengrenzen zuständigen Behörden haben eine solche Aussetzung den Marktüberwachungsbehörden unverzüglich zu melden.

Artikel 28 Absatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 765/2008 legt fest, dass ein Produkt, dessen Freigabe von den für die Kontrolle der Außengrenzen zuständigen Behörden nach Artikel 27 der Verordnung (EG) Nr. 765/2008 ausgesetzt wurde, freigegeben wird, wenn diese Behörden nicht innerhalb von drei Arbeitstagen nach Aussetzung der Freigabe eine Mitteilung über die von den Marktüberwachungsbehörden getroffenen Maßnahmen erhalten, sofern alle übrigen Anforderungen und Förmlichkeiten für diese Freigabe erfüllt sind.

Die Zollbehörden machen stichprobenartige Kontrollen, ob die Produkte im Binnenmarkt verkehrsfähig sind. Angesichts der oben genannten Vorgaben ist es bei Zweifeln der Zollbehörden an der Verkehrsfähigkeit eines Produktes sachgerecht, wenn die zuständige Zollbehörde die „lokale“ (d. h. die am Sitz der Zollbehörde ansässige) Marktüberwachungsbehörde von dem Vorgang informiert. Diese kann durch eine kurzfristig durchgeführte Kontrolle vor Ort eine Aussage zur Verkehrsfähigkeit der betroffenen Produkte treffen.

Die Zuständigkeit der örtlich für den Einführer zuständigen Behörde wird dadurch im Übrigen nicht berührt (Überwachung nach § 26).

Zu Artikel 17a (Ergotherapeutengesetz)

Zu Nummer 1

Mit dem Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 25. September 2009 (BGBl. I S. 3158), das am 3. Oktober 2009 in Kraft getreten ist, wurde die Erprobung akademischer Erstausbildungen in den genannten Berufen erstmalig ermöglicht. Die Regelungen sind befristet und werden am 31. Dezember 2017 außer Kraft treten.

Die Erprobung wurde von einer gesetzlichen Vorgabe zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Modelle nach Maßgabe von Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben begleitet, die das Bundesministerium für Gesundheit am 27. November 2009 im Bundesanzeiger bekannt gemacht hat. Über die Ergebnisse dieser Evaluierung hat das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag mit Schreiben vom 17. August 2016 berichtet (Drucksache 18/9400).

In dem Bericht kam das Bundesministerium für Gesundheit zu dem Ergebnis, dass zunächst eine Fortführung der Erprobung akademischer Erstausbildungen in den jeweiligen Berufen angezeigt ist. Damit soll erreicht werden, dass insbesondere auch die langfristigen Auswirkungen einer Akademisierung in die Entscheidung über eine Regelakademisierung der Ausbildungen einbezogen werden können. Valide Aussagen zu diesen Fragen fehlten nach Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit in den Evaluierungsberichten der Hochschulen weitgehend. Weiterhin schlug das Bundesministerium für Gesundheit vor, die Modellregelungen stärker als bisher an die akademischen Gegebenheiten anzupassen, ohne dass die unterschiedlichen Ausbildungswege (fachschulisch oder akademisch) zu einer Gefährdung der Einheitlichkeit des Berufs an sich führen.

Die vorgeschlagenen Änderungen des § 4 sollen diesen Ansinnen Rechnung tragen.

Zu Buchstabe a

Mit den Änderungen in Absatz 5 wird einerseits den Wünschen der Hochschulen aus den Evaluierungsberichten Rechnung getragen. Die Hochsuchulen sehen eine stärkere Anpassung der bisherigen Modellregelungen zur Gestaltung des Unterrichts und der Prüfungen an die hochschulischen Gegebenheiten als notwendig an. Andererseits stellen die Änderungen sicher, dass die Einheitlichkeit des Berufsabschlusses als solcher gewährleistet bleibt.

Dementsprechend ermöglicht der neue Satz 3 eine modularisierte und kompetenzorientierte Gestaltung des Unterrichts. Das bedeutet, dass eine Loslösung von der bisherigen Fächerorientierung erfolgen kann, sofern die in der Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung vorgegebenen Ausbildungsinhalte beibehalten werden. Dadurch erhalten die Hochschulen die Möglichkeit, Stoffgebiete thematisch zusammenzufassen und ihre Vermittlung gezielt auf das Erreichen der für die Durchführung beruflicher Aufgaben notwendigen Handlungsfähigkeit auszurichten. Zusätzlich eröffnet dies auch die Chance einer Profilbildung für den einzelnen Studierenden, die sich an dem jeweiligen Hochschulschwerpunkt oder eigenen Interessen orientieren kann.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Der neue Satz 4 erlaubt in Fortsetzung des neuen Satzes 3 auch eine modularisierte und kompetenzorientierte Gestaltung des schriftlichen und mündlichen Teils der staatlichen Prüfung, die mit Zustimmung der zuständigen Behörde durch Modulprüfungen ersetzt werden können. Damit trägt er dem Wunsch der Hochschulen Rechnung, die eine Reduzierung der hohen Belastung des hochschulischen Personals und der Studierenden durch die einerseits hochschulischen Modul-, andererseits vorgegebenen Bestandteile der staatlichen Prüfung beklagt haben. Voraussetzung dafür ist, dass Inhalte und Umfang dieser Modulprüfungen zusammengefasst mindestens den Inhalten und dem Umfang des schriftlichen und mündlichen Teils der Prüfung nach den §§ 5 und 6 der Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung entsprechen. Außerdem dürfen die Modulprüfungen entsprechend der staatlichen Prüfung nicht früher als zwei Monate vor dem Ende der Studienzeit durchgeführt werden. Der Zeitraum ist den in § 4 Absatz 1 Satz 2 der Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung enthaltenen Vorgaben zum Prüfungsbeginn nachgebildet.

Vorschläge der Hochschulen, die über die in den neuen Sätzen 3 und 4 vorgesehenen Änderungen hinausgehen, werden im Rahmen der Modellregelung nicht aufgegriffen. Das betrifft insbesondere eine Verlängerung der Ausbildung auf mindestens siebensemestrige Studiengänge, die Möglichkeit eines Studienortwechsels oder die Verringerung von Präsenzzeiten. So ist eine gesetzliche Verlängerung der Ausbildungsdauer nicht erforderlich, weil das Ergotherapeutengesetz ohnehin nur die Mindestanforderungen an die Ausbildung regelt. Die Hochschulen haben damit bereits nach geltendem Recht die Möglichkeit, die Dauer des Studiums zu verlängern. Ein Studienortwechsel ist unter den gleichen Voraussetzungen möglich wie der Wechsel der Fachschule in der fachschulischen Ausbildung. Das gilt gleichermaßen für die Ermöglichung von sogenannten Auslandssemestern.

Nicht umsetzbar sind auch Vorschläge, die etwa die Aktualisierung der Inhalte der staatlichen Prüfung betreffen. Diese würden sowohl für die hochschulischen wie für die fachschulischen Qualifikationen gelten müssen und dementsprechend eine inhaltliche Überarbeitung der Ausbildung voraussetzen. Eine Modellregelung bietet hierfür nicht die geeignete Grundlage.

Zu Buchstabe b

Der neue Satz 4 soll dem Mangel an validen Aussagen über langfristige Auswirkungen einer hochschulischen Ausbildung im bisherigen Evaluierungsprozess Rechnung tragen. Die bestehenden Vorgaben zur Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben werden daher um Aussagen zur Nachhaltigkeit ergänzt, die sich insbesondere auf den dauerhaften Nutzen der akademischen Qualifikation, die Kostenfolgen im Gesundheitswesen aber auch die Auswirkungen auf das fachschulische System beziehen sollen. Derartige Aussagen zur Nachhaltigkeit sind zwingend erforderlich, um den Gesetzgeber in die Lage zu versetzen, über eine dauerhafte Akademisierung der Ausbildung zu entscheiden, da er bei dieser Entscheidung nicht nur die Ausbildung als solche, sondern auch ihre Auswirkungen auf das Gesundheitssystem insgesamt in den Blick nehmen muss. Hierfür reichen die Ergebnisse der vorliegenden Modelle, die in einem vergleichsweise kurzen Zeitraum erhoben wurden und keinen repräsentativ hohen Personenkreis umfassen, nicht aus. Zudem hatten nur acht Länder zu dem Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit auf Drucksache 18/9400 beigetragen.

Der neue Satz 5 ermöglicht es, auch duale Studiengänge, bei denen das Studium begleitend neben einer fachschulischen Ausbildung durchgeführt wird, in die Evaluierung nach Absatz 6 einzubeziehen. Damit können insbesondere alternative Studienmodelle, die bisher nicht Gegenstand der Evaluierungen waren, bei der Entscheidung über die Akademisierung der Ausbildung berücksichtigt werden.

Zu Buchstabe c

Der neu gefasste Absatz 7 sieht wie bisher vor, dass die Länder dem Bundesministerium für Gesundheit die Ergebnisse ihrer Auswertungen der Modellvorhaben übermitteln, so dass sie in den andauernden Diskussionsprozess über die Frage der Modernisierung und Akademisierung der Ergotherapeutenausbildung einfließen können. Auf der Grundlage dieser von den Ländern übermittelten Ergebnisse berichtet das Bundesministerium für Gesundheit an den Deutschen Bundestag über die Ergebnisse der Modellvorhaben.

Zu Nummer 2

Die Änderung dient der Verlängerung der Modellklausel in § 4 Absatz 5 bis 7, die am 31. Dezember 2017 auslaufen würde, um weitere vier Jahre.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Der Zeitraum erscheint angemessen aber auch ausreichend, um die Diskussionen über eine Akademisierung der Ergotherapeutenausbildung einschließlich einer entsprechenden Novellierung der Ausbildung zum Abschluss bringen zu können. Hierzu werden sowohl die Erkenntnisse aus den laufenden Modellprojekten einschließlich der Berücksichtigung der neuen Regelungen nach Nummer 1 wie auch die Erkenntnisse beitragen, die der Bundesgesetzgeber im Rahmen der Novellierung der Hebammenausbildung gewinnen wird. Diese muss auf Grund der Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“) (ABl. L 354 vom 28.12.2013, S. 132) bis zum Januar 2020 abgeschlossen werden.

Zu Artikel 17b (Hebammengesetz)

Zu Nummer 1

Mit dem Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 25. September 2009 (BGBl. I S. 3158), das am 3. Oktober 2009 in Kraft getreten ist, wurde die Erprobung akademischer Erstausbildungen in den genannten Berufen erstmalig ermöglicht. Die Regelungen sind befristet und werden am 31. Dezember 2017 außer Kraft treten.

Die Erprobung wurde von einer gesetzlichen Vorgabe zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Modelle nach Maßgabe von Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben begleitet, die das Bundesministerium für Gesundheit am 27. November 2009 im Bundesanzeiger bekannt gemacht hat. Über die Ergebnisse dieser Evaluierung hat das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag mit Schreiben vom 17. August 2016 berichtet (Drucksache 18/9400).

In dem Bericht kam das Bundesministerium für Gesundheit zu dem Ergebnis, dass zunächst eine Fortführung der Erprobung akademischer Erstausbildungen in den jeweiligen Berufen angezeigt ist. Damit soll erreicht werden, dass insbesondere auch die langfristigen Auswirkungen einer Akademisierung in die Entscheidung über eine Regelakademisierung der Ausbildungen einbezogen werden können. Valide Aussagen zu diesen Fragen fehlten nach Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit in den Evaluierungsberichten der Hochschulen weitgehend. Weiterhin schlug das Bundesministerium für Gesundheit vor, die Modellregelungen stärker als bisher an die akademischen Gegebenheiten anzupassen, ohne dass die unterschiedlichen Ausbildungswege (fachschulisch oder akademisch) zu einer Gefährdung der Einheitlichkeit des Berufs an sich führen.

Die vorgeschlagenen Änderungen des § 6 sollen diesen Ansinnen Rechnung tragen.

Zu Buchstabe a

Mit den Änderungen in Absatz 3 wird einerseits den Wünschen der Hochschulen aus den Evaluierungsberichten Rechnung getragen. Die Hochsuchulen sehen eine stärkere Anpassung der bisherigen Modellregelungen zur Gestaltung des Unterrichts und der Prüfungen an die hochschulischen Gegebenheiten als notwendig an. Andererseits stellen die Änderungen sicher, dass die Einheitlichkeit des Berufsabschlusses als solcher gewährleistet bleibt.

Dementsprechend ermöglicht der neue Satz 3 eine modularisierte und kompetenzorientierte Gestaltung des Unterrichts. Das bedeutet, dass eine Loslösung von der bisherigen Fächerorientierung erfolgen kann, sofern die in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger vorgegebenen Ausbildungsinhalte beibehalten werden. Dadurch erhalten die Hochschulen die Möglichkeit, Stoffgebiete thematisch zusammenzufassen und ihre Vermittlung gezielt auf das Erreichen der für die Durchführung beruflicher Aufgaben notwendigen Handlungsfähigkeit auszurichten. Zusätzlich eröffnet dies auch die Chance einer Profilbildung für den einzelnen Studierenden, die sich an dem jeweiligen Hochschulschwerpunkt oder eigenen Interessen orientieren kann.

Der neue Satz 4 erlaubt in Fortsetzung des neuen Satzes 3 auch eine modularisierte und kompetenzorientierte Gestaltung des schriftlichen und mündlichen Teils der staatlichen Prüfung, die mit Zustimmung der zuständigen Behörde durch Modulprüfungen ersetzt werden können. Damit trägt er dem Wunsch der Hochschulen Rechnung, die eine Reduzierung der hohen Belastung des hochschulischen Personals und der Studierenden durch die einerseits hochschulischen Modul-, andererseits vorgegebenen Bestandteile der staatlichen Prüfung beklagt haben.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Voraussetzung dafür ist, dass Inhalte und Umfang dieser Modulprüfungen zusammengefasst mindestens den Inhalten und dem Umfang des schriftlichen und mündlichen Teils der Prüfung nach den §§ 5 und 6 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger entsprechen. Außerdem dürfen die Modulprüfungen entsprechend der staatlichen Prüfung nicht früher als zwei Monate vor dem Ende der Studienzeit durchgeführt werden. Der Zeitraum ist den in anderen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für vergleichbare Berufe enthaltenen Vorgaben zum Prüfungsbeginn nachgebildet.

Vorschläge der Hochschulen, die über die in den neuen Sätzen 3 und 4 vorgesehenen Änderungen hinausgehen, werden im Rahmen der Modellregelung nicht aufgegriffen. Das betrifft insbesondere eine Verlängerung der Ausbildung auf mindestens siebensemestrige Studiengänge, die Möglichkeit eines Studienortwechsels oder die Verringerung von Präsenzzeiten. So ist eine gesetzliche Verlängerung der Ausbildungsdauer nicht erforderlich, weil das Hebammengesetz ohnehin nur die Mindestanforderungen an die Ausbildung regelt. Die Hochschulen haben damit bereits nach geltendem Recht die Möglichkeit, die Dauer des Studiums zu verlängern. Ein Studienortwechsel ist unter den gleichen Voraussetzungen möglich wie der Wechsel der Fachschule in der fachschulischen Ausbildung. Das gilt gleichermaßen für die Ermöglichung von sogenannten Auslandssemestern.

Nicht umsetzbar sind auch Vorschläge, die etwa die Aktualisierung der Inhalte der staatlichen Prüfung betreffen. Diese würden sowohl für die hochschulischen wie für die fachschulischen Qualifikationen gelten müssen und dementsprechend eine inhaltliche Überarbeitung der Ausbildung voraussetzen. Eine Modellregelung bietet hierfür nicht die geeignete Grundlage.

Zu Buchstabe b

Der neue Satz 4 soll dem Mangel an validen Aussagen über langfristige Auswirkungen einer hochschulischen Ausbildung im bisherigen Evaluierungsprozess Rechnung tragen. Die bestehenden Vorgaben zur Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben werden daher um Aussagen zur Nachhaltigkeit ergänzt, die sich insbesondere auf den dauerhaften Nutzen der akademischen Qualifikation, die Kostenfolgen im Gesundheitswesen aber auch die Auswirkungen auf das fachschulische System beziehen sollen. Derartige Aussagen zur Nachhaltigkeit sind zwingend erforderlich, um den Gesetzgeber in die Lage zu versetzen, über eine dauerhafte Akademisierung der Ausbildung zu entscheiden, da er bei dieser Entscheidung nicht nur die Ausbildung als solche, sondern auch ihre Auswirkungen auf das Gesundheitssystem insgesamt in den Blick nehmen muss. Hierfür reichen die Ergebnisse der vorliegenden Modelle, die in einem vergleichsweise kurzen Zeitraum erhoben wurden und keinen repräsentativ hohen Personenkreis umfassen, nicht aus. Zudem hatten nur acht Länder zu dem Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit auf Drucksache 18/9400 beigetragen.

Der neue Satz 5 ermöglicht es, auch duale Studiengänge, bei denen das Studium begleitend neben einer fachschulischen Ausbildung durchgeführt wird, in die Evaluierung nach Absatz 4 einzubeziehen. Damit können insbesondere alternative Studienmodelle, die bisher nicht Gegenstand der Evaluierungen waren, bei der Entscheidung über die Akademisierung der Ausbildung berücksichtigt werden.

Zu Buchstabe c

Der neu gefasste Absatz 5 sieht wie bisher vor, dass die Länder dem Bundesministerium für Gesundheit die Ergebnisse ihrer Auswertungen der Modellvorhaben übermitteln, so dass sie in den andauernden Diskussionsprozess über die Frage der Modernisierung und Akademisierung der Hebammenausbildung einfließen können. Auf der Grundlage dieser von den Ländern übermittelten Ergebnisse berichtet das Bundesministerium für Gesundheit an den Deutschen Bundestag über die Ergebnisse der Modellvorhaben.

Zu Nummer 2

Die Änderung dient der Verlängerung der Modellklausel in § 6 Absatz 3 bis 5, die am 31. Dezember 2017 auslaufen würde, um weitere vier Jahre.

Der Zeitraum entspricht dem für den Beruf des Ergotherapeuten, des Logopäden sowie des Physiotherapeuten vorgeschlagenen Zeitraum für eine Verlängerung der Modellklausel. Er wurde in Kenntnis der Tatsache gewählt, dass die Novellierung der Hebammenausbildung auf Grund der Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnen-markt-Informationssystems („IMI-Verordnung“) (ABl. L 354 vom 28.12.2013, S. 132) bis zum

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Januar 2020 abgeschlossen sein muss, um eine Gleichbehandlung aller betroffenen Berufe zu gewährleisten. Mit Inkrafttreten der Neuregelung wird die Modellregelung entsprechend früher abgelöst.

Zu Artikel 17c (Gesetz über den Beruf des Logopäden)

Zu Nummer 1

Mit dem Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 25. September 2009 (BGBl. I S. 3158), das am 3. Oktober 2009 in Kraft getreten ist, wurde die Erprobung akademischer Erstausbildungen in den genannten Berufen erstmalig ermöglicht. Die Regelungen sind befristet und werden am 31. Dezember 2017 außer Kraft treten.

Die Erprobung wurde von einer gesetzlichen Vorgabe zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Modelle nach Maßgabe von Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben begleitet, die das Bundesministerium für Gesundheit am 27. November 2009 im Bundesanzeiger bekannt gemacht hat. Über die Ergebnisse dieser Evaluierung hat das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag mit Schreiben vom 17. August 2016 berichtet (Drucksache 18/9400).

In dem Bericht kam das Bundesministerium für Gesundheit zu dem Ergebnis, dass zunächst eine Fortführung der Erprobung akademischer Erstausbildungen in den jeweiligen Berufen angezeigt ist. Damit soll erreicht werden, dass insbesondere auch die langfristigen Auswirkungen einer Akademisierung in die Entscheidung über eine Regelakademisierung der Ausbildungen einbezogen werden können. Valide Aussagen zu diesen Fragen fehlten nach Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit in den Evaluierungsberichten der Hochschulen weitgehend. Weiterhin schlug das Bundesministerium für Gesundheit vor, die Modellregelungen stärker als bisher an die akademischen Gegebenheiten anzupassen, ohne dass die unterschiedlichen Ausbildungswege (fachschulisch oder akademisch) zu einer Gefährdung der Einheitlichkeit des Berufs an sich führen.

Die vorgeschlagenen Änderungen des § 4 sollen diesen Ansinnen Rechnung tragen.

Zu Buchstabe a

Mit den Änderungen in Absatz 5 wird einerseits den Wünschen der Hochschulen aus den Evaluierungsberichten Rechnung getragen. Die Hochsuchulen sehen eine stärkere Anpassung der bisherigen Modellregelungen zur Gestaltung des Unterrichts und der Prüfungen an die hochschulischen Gegebenheiten als notwendig an. Andererseits stellen die Änderungen sicher, dass die Einheitlichkeit des Berufsabschlusses als solcher gewährleistet bleibt.

Dementsprechend ermöglicht der neue Satz 3 eine modularisierte und kompetenzorientierte Gestaltung des Unterrichts. Das bedeutet, dass eine Loslösung von der bisherigen Fächerorientierung erfolgen kann, sofern die in der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden vorgegebenen Ausbildungsinhalte beibehalten werden. Dadurch erhalten die Hochschulen die Möglichkeit, Stoffgebiete thematisch zusammenzufassen und ihre Vermittlung gezielt auf das Erreichen der für die Durchführung beruflicher Aufgaben notwendigen Handlungsfähigkeit auszurichten. Zusätzlich eröffnet dies auch die Chance einer Profilbildung für den einzelnen Studierenden, die sich an dem jeweiligen Hochschulschwerpunkt oder eigenen Interessen orientieren kann.

Der neue Satz 4 erlaubt in Fortsetzung des neuen Satzes 3 auch eine modularisierte und kompetenzorientierte Gestaltung des schriftlichen und mündlichen Teils der staatlichen Prüfung, die mit Zustimmung der zuständigen Behörde durch Modulprüfungen ersetzt werden können. Damit trägt er dem Wunsch der Hochschulen Rechnung, die eine Reduzierung der hohen Belastung des hochschulischen Personals und der Studierenden durch die einerseits hochschulischen Modul-, andererseits vorgegebenen Bestandteile der staatlichen Prüfung beklagt haben. Voraussetzung dafür ist, dass Inhalte und Umfang dieser Modulprüfungen zusammengefasst mindestens den Inhalten und dem Umfang des schriftlichen und mündlichen Teils der Prüfung nach den §§ 5 und 6 der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden entsprechen. Außerdem dürfen die Modulprüfungen entsprechend der staatlichen Prüfung nicht früher als zwei Monate vor dem Ende der Studienzeit durchgeführt werden. Der Zeitraum ist den in anderen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für vergleichbare Berufe enthaltenen Vorgaben zum Prüfungsbeginn nachgebildet.

Vorschläge der Hochschulen, die über die in den neuen Sätzen 3 und 4 vorgesehenen Änderungen hinausgehen, werden im Rahmen der Modellregelung nicht aufgegriffen. Das betrifft insbesondere eine Verlängerung der Aus-

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

bildung auf mindestens siebensemestrige Studiengänge, die Möglichkeit eines Studienortwechsels oder die Verringerung von Präsenzzeiten. So ist eine gesetzliche Verlängerung der Ausbildungsdauer nicht erforderlich, weil das Gesetz über den Beruf des Logopäden ohnehin nur die Mindestanforderungen an die Ausbildung regelt. Die Hochschulen haben damit bereits nach geltendem Recht die Möglichkeit, die Dauer des Studiums zu verlängern. Ein Studienortwechsel ist unter den gleichen Voraussetzungen möglich wie der Wechsel der Fachschule in der fachschulischen Ausbildung. Das gilt gleichermaßen für die Ermöglichung von sogenannten Auslandssemestern.

Nicht umsetzbar sind auch Vorschläge, die etwa die Aktualisierung der Inhalte der staatlichen Prüfung betreffen. Diese würden sowohl für die hochschulischen wie für die fachschulischen Qualifikationen gelten müssen und dementsprechend eine inhaltliche Überarbeitung der Ausbildung voraussetzen. Eine Modellregelung bietet hierfür nicht die geeignete Grundlage.

Zu Buchstabe b

Der neue Satz 4 soll dem Mangel an validen Aussagen über langfristige Auswirkungen einer hochschulischen Ausbildung im bisherigen Evaluierungsprozess Rechnung tragen. Die bestehenden Vorgaben zur Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben werden daher um Aussagen zur Nachhaltigkeit ergänzt, die sich insbesondere auf den dauerhaften Nutzen der akademischen Qualifikation, die Kostenfolgen im Gesundheitswesen aber auch die Auswirkungen auf das fachschulische System beziehen sollen. Derartige Aussagen zur Nachhaltigkeit sind zwingend erforderlich, um den Gesetzgeber in die Lage zu versetzen, über eine dauerhafte Akademisierung der Ausbildung zu entscheiden, da er bei dieser Entscheidung nicht nur die Ausbildung als solche, sondern auch ihre Auswirkungen auf das Gesundheitssystem insgesamt in den Blick nehmen muss. Hierfür reichen die Ergebnisse der vorliegenden Modelle, die in einem vergleichsweise kurzen Zeitraum erhoben wurden und keinen repräsentativ hohen Personenkreis umfassen, nicht aus. Zudem hatten nur acht Länder zu dem Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit auf Drucksache 18/9400 beigetragen.

Der neue Satz 5 ermöglicht es, auch duale Studiengänge, bei denen das Studium begleitend neben einer fachschulischen Ausbildung durchgeführt wird, in die Evaluierung nach Absatz 6 einzubeziehen. Damit können insbesondere alternative Studienmodelle, die bisher nicht Gegenstand der Evaluierungen waren, bei der Entscheidung über die Akademisierung der Ausbildung berücksichtigt werden.

Zu Buchstabe c

Der neu gefasste Absatz 7 sieht wie bisher vor, dass die Länder dem Bundesministerium für Gesundheit die Ergebnisse ihrer Auswertungen der Modellvorhaben übermitteln, so dass sie in den andauernden Diskussionsprozess über die Frage der Modernisierung und Akademisierung der Logopädenausbildung einfließen können. Auf der Grundlage dieser von den Ländern übermittelten Ergebnisse berichtet das Bundesministerium für Gesundheit an den Deutschen Bundestag über die Ergebnisse der Modellvorhaben.

Zu Nummer 2

Die Änderung dient der Verlängerung der Modellklausel in § 4 Absatz 5 bis 7, die am 31. Dezember 2017 auslaufen würde, um weitere vier Jahre.

Der Zeitraum erscheint angemessen aber auch ausreichend, um die Diskussionen über eine Akademisierung der Logopädenausbildung einschließlich einer entsprechenden Novellierung der Ausbildung zum Abschluss bringen zu können. Hierzu werden sowohl die Erkenntnisse aus den laufenden Modellprojekten einschließlich der Berücksichtigung der neuen Regelungen nach Nummer 1 wie auch die Erkenntnisse beitragen, die der Bundesgesetzgeber im Rahmen der Novellierung der Hebammenausbildung gewinnen wird. Diese muss auf Grund der Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“) (ABl. L 354 vom 28.12.2013, S. 132) bis zum Januar 2020 abgeschlossen werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Zu Artikel 17d (Masseur- und Physiotherapeutengesetz)

Zu Nummer 1

Mit dem Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 25. September 2009 (BGBl. I S. 3158), das am 3. Oktober 2009 in Kraft getreten ist, wurde die Erprobung akademischer Erstausbildungen in den genannten Berufen erstmalig ermöglicht. Die Regelungen sind befristet und werden am 31. Dezember 2017 außer Kraft treten.

Die Erprobung wurde von einer gesetzlichen Vorgabe zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Modelle nach Maßgabe von Richtlinien über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung von Modellvorhaben begleitet, die das Bundesministerium für Gesundheit am 27. November 2009 im Bundesanzeiger bekannt gemacht hat. Über die Ergebnisse dieser Evaluierung hat das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag mit Schreiben vom 17. August 2016 berichtet (Drucksache 18/9400).

In dem Bericht kam das Bundesministerium für Gesundheit zu dem Ergebnis, dass zunächst eine Fortführung der Erprobung akademischer Erstausbildungen in den jeweiligen Berufen angezeigt ist. Damit soll erreicht werden, dass insbesondere auch die langfristigen Auswirkungen einer Akademisierung in die Entscheidung über eine Regelakademisierung der Ausbildungen einbezogen werden können. Valide Aussagen zu diesen Fragen fehlten nach Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit in den Evaluierungsberichten der Hochschulen weitgehend. Weiterhin schlug das Bundesministerium für Gesundheit vor, die Modellregelungen stärker als bisher an die akademischen Gegebenheiten anzupassen, ohne dass die unterschiedlichen Ausbildungswege (fachschulisch oder akademisch) zu einer Gefährdung der Einheitlichkeit des Berufs an sich führen.

Die vorgeschlagenen Änderungen des § 9 sollen diesen Ansinnen Rechnung tragen.

Zu Buchstabe a

Mit den Änderungen in Absatz 2 wird einerseits den Wünschen der Hochschulen aus den Evaluierungsberichten Rechnung getragen. Die Hochschulen sehen eine stärkere Anpassung der bisherigen Modellregelungen zur Gestaltung des Unterrichts und der Prüfungen an die hochschulischen Gegebenheiten als notwendig an. Andererseits stellen die Änderungen sicher, dass die Einheitlichkeit des Berufsabschlusses als solcher gewährleistet bleibt.

Dementsprechend ermöglicht der neue Satz 3 eine modularisierte und kompetenzorientierte Gestaltung des Unterrichts. Das bedeutet, dass eine Loslösung von der bisherigen Fächerorientierung erfolgen kann, sofern die in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten vorgegebenen Ausbildungsinhalte beibehalten werden. Dadurch erhalten die Hochschulen die Möglichkeit, Stoffgebiete thematisch zusammenzufassen und ihre Vermittlung gezielt auf das Erreichen der für die Durchführung beruflicher Aufgaben notwendigen Handlungsfähigkeit auszurichten. Zusätzlich eröffnet dies auch die Chance einer Profilbildung für den einzelnen Studierenden, die sich an dem jeweiligen Hochschulschwerpunkt oder eigenen Interessen orientieren kann.

Der neue Satz 4 erlaubt in Fortsetzung des neuen Satzes 3 auch eine modularisierte und kompetenzorientierte Gestaltung des schriftlichen und mündlichen Teils der staatlichen Prüfung, die mit Zustimmung der zuständigen Behörde durch Modulprüfungen ersetzt werden können. Damit trägt er dem Wunsch der Hochschulen Rechnung, die eine Reduzierung der hohen Belastung des hochschulischen Personals und der Studierenden durch die einerseits hochschulischen Modul-, andererseits vorgegebenen Bestandteile der staatlichen Prüfung beklagt haben. Voraussetzung dafür ist, dass Inhalte und Umfang dieser Modulprüfungen zusammengefasst mindestens den Inhalten und dem Umfang des schriftlichen und mündlichen Teils der Prüfung nach den §§ 12 und 13 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten entsprechen. Außerdem dürfen die Modulprüfungen entsprechend der staatlichen Prüfung nicht früher als zwei Monate vor dem Ende der Studienzeit durchgeführt werden. Der Zeitraum ist den in § 4 Absatz 1 Satz 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten enthaltenen Vorgaben zum Prüfungsbeginn nachgebildet.

Vorschläge der Hochschulen, die über die in den neuen Sätzen 3 und 4 vorgesehenen Änderungen hinausgehen, werden im Rahmen der Modellregelung nicht aufgegriffen. Das betrifft insbesondere eine Verlängerung der Ausbildung auf mindestens siebensemestrige Studiengänge, die Möglichkeit eines Studienortwechsels oder die Verringerung von Präsenzzeiten. So ist eine gesetzliche Verlängerung der Ausbildungsdauer nicht erforderlich, weil das Masseur- und Physiotherapeutengesetz ohnehin nur die Mindestanforderungen an die Ausbildung regelt. Die Hochschulen haben damit bereits nach geltendem Recht die Möglichkeit, die Dauer des Studiums zu verlängern.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Ein Studienortwechsel ist unter den gleichen Voraussetzungen möglich wie der Wechsel der Fachschule in der fachschulischen Ausbildung. Das gilt gleichermaßen für die Ermöglichung von sogenannten Auslandssemestern.

Nicht umsetzbar sind auch Vorschläge, die etwa die Aktualisierung der Inhalte der staatlichen Prüfung betreffen. Diese würden sowohl für die hochschulischen wie für die fachschulischen Qualifikationen gelten müssen und dementsprechend eine inhaltliche Überarbeitung der Ausbildung voraussetzen. Eine Modellregelung bietet hierfür nicht die geeignete Grundlage.

Zu Buchstabe b

Der neue Satz 4 soll dem Mangel an validen Aussagen über langfristige Auswirkungen einer hochschulischen Ausbildung im bisherigen Evaluierungsprozess Rechnung tragen. Die bestehenden Vorgaben zur Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben werden daher um Aussagen zur Nachhaltigkeit ergänzt, die sich insbesondere auf den dauerhaften Nutzen der akademischen Qualifikation, die Kostenfolgen im Gesundheitswesen aber auch die Auswirkungen auf das fachschulische System beziehen sollen. Derartige Aussagen zur Nachhaltigkeit sind zwingend erforderlich, um den Gesetzgeber in die Lage zu versetzen, über eine dauerhafte Akademisierung der Ausbildung zu entscheiden, da er bei dieser Entscheidung nicht nur die Ausbildung als solche, sondern auch ihre Auswirkungen auf das Gesundheitssystem insgesamt in den Blick nehmen muss. Hierfür reichen die Ergebnisse der vorliegenden Modelle, die in einem vergleichsweise kurzen Zeitraum erhoben wurden und keinen repräsentativ hohen Personenkreis umfassen, nicht aus. Zudem hatten nur acht Länder zu dem Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit auf Drucksache 18/9400 beigetragen.

Der neue Satz 5 ermöglicht es, auch duale Studiengänge, bei denen das Studium begleitend neben einer fachschulischen Ausbildung durchgeführt wird, in die Evaluierung nach Absatz 3 einzubeziehen. Damit können insbesondere alternative Studienmodelle, die bisher nicht Gegenstand der Evaluierungen waren, bei der Entscheidung über die Akademisierung der Ausbildung berücksichtigt werden.

Zu Buchstabe c

Der neu gefasste Absatz 4 sieht wie bisher vor, dass die Länder dem Bundesministerium für Gesundheit die Ergebnisse ihrer Auswertungen der Modellvorhaben übermitteln, so dass sie in den andauernden Diskussionsprozess über die Frage der Modernisierung und Akademisierung der Physiotherapeutenausbildung einfließen können. Auf der Grundlage dieser von den Ländern übermittelten Ergebnisse berichtet das Bundesministerium für Gesundheit an den Deutschen Bundestag über die Ergebnisse der Modellvorhaben.

Zu Nummer 2

Die Änderung dient der Verlängerung der Modellklausel in § 9 Absatz 2 bis 4, die am 31. Dezember 2017 auslaufen würde, um weitere vier Jahre.

Der Zeitraum erscheint angemessen aber auch ausreichend, um die Diskussionen über eine Akademisierung der Physiotherapeutenausbildung einschließlich einer entsprechenden Novellierung der Ausbildung zum Abschluss bringen zu können. Hierzu werden sowohl die Erkenntnisse aus den laufenden Modellprojekten einschließlich der Berücksichtigung der neuen Regelungen nach Nummer 1 wie auch die Erkenntnisse beitragen, die der Bundesgesetzgeber im Rahmen der Novellierung der Hebammenausbildung gewinnen wird. Diese muss auf Grund der Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarkt-Informationssystems („IMI-Verordnung“) (ABl. L 354 vom 28.12.2013, S. 132) bis zum Januar 2020 abgeschlossen werden.

Zu Artikel 17e (Heilpraktikergesetz)

In der 89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder haben diese festgestellt, dass die Anforderungen an die Erlaubniserteilung nach dem Heilpraktikerrecht nicht mehr den Qualitätserfordernissen genügen, die aus Gründen des Patientenschutzes an die selbständige Ausübung der Heilkunde zu stellen sind, und das Bundesministerium für Gesundheit aufgefordert, die Leitlinien zur Überprüfung der Heilpraktikeranwärter zu überarbeiten und gegebenenfalls auszuweiten, um einerseits dem Patientenschutz besser gerecht werden und andererseits bessere Voraussetzungen für die Einheitlichkeit der Kenntnisüberprüfungen schaffen zu können.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Das Bundesministerium für Gesundheit hatte am 2. September 1992 „Leitlinien für die Überprüfung von Heilpraktikeranwärtern gemäß § 2 Absatz 1 Buchstabe i der Ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz“ veröffentlicht, die gemeinsam mit den Ländern erarbeitet worden waren. Bis heute erfolgt die Überprüfung auf der Grundlage dieser Leitlinien, ohne dass sie eine Grundlage im Heilpraktikerrecht haben.

Eine Verankerung der Leitlinien in den bundesrechtlichen Regelungen würde ihren Verbindlichkeitscharakter erhöhen. Eine Überarbeitung sollte daher nicht ohne entsprechende gesetzliche Begleitung erfolgen. Dem dient die vorgesehene Änderung des § 2 Absatz 1 des Heilpraktikergesetzes.

Zu Artikel 17f (Erste Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz)

Zu Nummer 1

Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 2. September 1992 „Leitlinien für die Überprüfung von Heilpraktikeranwärtern gemäß § 2 Absatz 1 Buchstabe i der Ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz“ veröffentlicht, die gemeinsam mit den Ländern erarbeitet worden waren. Bis heute erfolgt die Überprüfung auf der Grundlage dieser Leitlinien, ohne dass sie eine Grundlage im Heilpraktikerrecht haben.

In der 89. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder haben diese festgestellt, dass die Anforderungen an die Erlaubniserteilung nach dem Heilpraktikerrecht nicht mehr den Qualitätserfordernissen genügen, die aus Gründen des Patientenschutzes an die selbständige Ausübung der Heilkunde zu stellen sind, und das Bundesministerium für Gesundheit aufgefordert, die Leitlinien zur Überprüfung der Heilpraktikeranwärter zu überarbeiten und gegebenenfalls auszuweiten, um einerseits dem Patientenschutz besser gerecht werden und andererseits bessere Voraussetzungen für die Einheitlichkeit der Kenntnisüberprüfungen schaffen zu können.

Das macht es auch erforderlich, den Verbindlichkeitscharakter der Leitlinien zu erhöhen. Dem dient die vorgesehene Neufassung des § 2 Absatz 1 Buchstabe i der Ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz. Eine zusätzliche Verbindlichkeit soll dadurch erreicht werden, dass sich die Gefahrenabwehrprüfung nicht mehr nur auf den Gesundheitsschutz der Bevölkerung bezieht, sondern gezielt auch die einzelnen Patientinnen und Patienten, die den Heilpraktiker aufsuchen, in den Blick nimmt.

Zu Nummer 2

Bei der Erarbeitung der Leitlinien sind die Länder zu beteiligen. Ihre Veröffentlichung erfolgt im Bundesanzeiger spätestens bis zum 31. Dezember 2017. Damit soll eine zeitnahe Überarbeitung der Leitlinien erreicht werden.

Zu Artikel 18 (Inkrafttreten)

Absatz 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung wegen der Änderungen in den Absätzen 2 bis 4.

Absatz 2

Zur Erreichung der gesetzlichen Zeitziele durch die Vertragsparteien nach § 113 ist ein möglichst frühzeitiges Inkrafttreten erforderlich, auch damit die Vertragsparteien genügend Zeit haben, den konkreten Zeitplan für die fristgerechte Umsetzung der Aufgaben nach § 113b Absatz 1 Satz 2 und der Aufträge nach § 113b Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorzubereiten. Dieser ist bereits zum 15. Januar 2017 vorzulegen, damit die beabsichtigte Wirkung erreicht werden kann.

Absatz 3

Es handelt sich um eine Folgeänderung wegen der Änderung in Absatz 2.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Absatz 4

Die Regelung gewährt den Ländern eine angemessene Übergangsphase für die Umsetzung der Leitlinien für Heilpraktikeranwärter bei der Durchführung der Heilpraktikerüberprüfungen, die das Bundesministerium für Gesundheit auf Grund des neuen § 2 Absatz 1 der Ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz noch erarbeitet.

Berlin, den 30. November 2016

Erwin Rüddel
Berichterstatter

Mechthild Rawert
Berichterstatterin

Pia Zimmermann
Berichterstatterin

Elisabeth Scharfenberg
Berichterstatterin

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.