

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

- a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 18/5926, 18/6182, 18/6410 Nr. 2 –

**Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen
Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften
(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)**

- b) zu dem Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Harald Weinberg,
Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion
DIE LINKE.
– Drucksache 18/5110 –

**Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in der Pflege
– Solidarische Pflegeversicherung einführen**

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Katja Dörner,
Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 18/6066 –

Gute Pflege braucht sichere und zukunftsfeste Rahmenbedingungen

A. Problem

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung stellt fest, dass die gesetzliche Pflegeversicherung seit ihrer Einführung maßgeblich zur besseren Versorgung pflegebedürftiger Menschen und zur Unterstützung pflegender Angehöriger beigetragen habe. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff stehe aber seit damals in der Kritik, weil er pflegefachlich nicht ausreichend fundiert, defizitorientiert und vorrangig auf Alltagsverrichtungen in den Bereichen Mobilität, Ernährung, Körperpflege und hauswirtschaftliche Versorgung ausgerichtet sei. Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen würden nicht ausreichend berücksichtigt. Auch das Leistungsrecht sei trotz verschiedener Verbesserungen stärker auf Hilfen bei körperlichen Verrichtungen fokussiert.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller konstatieren, dass bei der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der Privaten Pflegeversicherung (PPV) als Teilkaskoversicherungen die Gerechtigkeitsdefizite und Nachhaltigkeitslücken des dualen Krankenversicherungssystems übernommen worden seien, so dass die PPV die Finanzierbarkeit der SPV langfristig gefährde. Außerdem weisen die Antragsteller auf Mängel bei der Betreuung älterer, pflegebedürftiger Menschen hin.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller stellen fest, dass das PSG II zentrale Probleme wie den Personalmangel in der Pflege, die Entwicklung einer tragfähigen Finanzierung und von Quartierskonzepten, die Weiterentwicklung der Pflegeberatung oder die bessere Unterstützung pflegender Angehöriger nicht löse. Zudem werden sich mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff die Schnittstellenprobleme zwischen SGB IX, XI und XII (Neuntes, Elfes und Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch) verschärfen. Dafür gebe es keinen Lösungsansatz.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Durch das Erste Pflegestärkungsgesetz sind bereits seit dem 1. Januar 2015 die Leistungen für pflegebedürftige Personen – auch für demenziell erkrankte Pflegebedürftige und Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe – und ihre Angehörigen deutlich flexibilisiert und ausgeweitet worden. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) sollen ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument (NBA) mit fünf Pflegegraden eingeführt werden. Dadurch sollen die Inhalte der Pflegeversicherung und die pflegerische Leistungserbringung auf eine neue pflegefachliche Grundlage gestellt werden. Erstmals sollen alle für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit relevanten Kriterien in einer für alle geltenden einheitlichen Systematik erfasst werden. In diesem Kontext soll es Anpassungen im Leistungsrecht geben, was auch entsprechende Anpassungen im Vertrags- und Vergütungsrecht durch die Akteure der Selbstverwaltung, einschließlich der privaten Versicherungsunternehmen, die die freiwillige, insbesondere auch staatlich geförderte Pflegevorsorge anbieten, erfordert. Zugleich werden die Vorschriften zur Sicherung und Entwicklung der

Qualität in der Pflege ergänzt und neu strukturiert, und die Regelungen zur Beratung werden neu geordnet, die Beratungsleistungen ausgebaut und verbessert. In Verbindung mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung um 0,2 Beitragssatzpunkte erhöht.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 18/5926, 18/6182 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe b

Es wird die Einführung einer Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in der Pflege gefordert. Damit ließen sich Reformen wie die Einführung des neuen Pflegebegriffs und deutliche Leistungsverbesserungen bis hin zur Vollfinanzierung der Pflegekosten schultern. Das Nebeneinander von Sozialer und Privater Pflegeversicherung müsse beendet und alle Einkommen müssten in die Solidarische Pflegeversicherung einbezogen werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/5110 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 umfassende Maßnahmen gegen den Personalmangel in der Pflege, die Einführung einer Pflege-Bürgerversicherung, die Harmonisierung der Regelungen im SGB XI mit denen im SGB IX und SGB XII sowie eine stärkere Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Gemeinsam mit Ländern und Kommunen müsse die Pflegeberatung verbessert und müssten die Versorgungsstrukturen nutzer- und nutzerinnenorientiert organisiert werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/6066 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

C. Alternativen

Zu Buchstabe a

Ablehnung des Gesetzentwurfs.

Zu den Buchstaben b und c

Annahme eines Antrags oder beider Anträge.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

1. Bund, Länder und Gemeinden

Für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden ergeben sich im Bereich der Beihilfe bei einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen im Jahr 2017 Mehrausgaben von rund 110 Millionen Euro und in den Folgejahren von rund 70 Millionen Euro jährlich. Hinzu kommen 130 Millionen Euro Überleitungs- und Bestandsschutzkosten über einen Zeitraum von vier Jahren.

Bund, Länder und Gemeinden sind aufgrund der Beitragssatzerhöhung in ihrer Funktion als Arbeitgeber ab 2017 mit rund 84 Millionen Euro jährlich belastet. Zusätzlich entstehen dem Bund für die Übernahme der Beiträge für Bezieher von

Grundsicherung für Arbeitsuchende durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund 70 Millionen Euro jährlich.

Für den Haushalt des Bundes ergeben sich durch die Einbeziehung von Pflegepersonen in den Arbeitslosenversicherungsschutz Einsparungen bei den Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende zur Sicherung des Lebensunterhalts in Höhe von rund 5 Millionen Euro jährlich. Infolge der aus dieser Einbeziehung resultierenden Ansprüche auf Arbeitslosengeld liegen für Länder und Gemeinden die Minderausgaben bei rund 2 Millionen Euro jährlich.

Für Leistungsempfänger von ergänzender Hilfe zum Lebensunterhalt nach § 27a des Bundesversorgungsgesetzes entstehen dem Bund und den Ländern durch die Beitragssatzerhöhung geringe, nicht bezifferbare Mehrausgaben.

Für die Träger des Sozialen Entschädigungsrechts entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben für Beiträge aus Versorgungskranken- und Übergangsgeld sowie für Beitragserstattungen an Berechtigte, die privat oder freiwillig in der gesetzlichen Pflegekasse versichert sind. Die Mehrausgaben lassen sich aufgrund fehlender statistischer Daten nicht quantifizieren. Es wird davon ausgegangen, dass die auf den Bund und die Länder entfallenden Mehrausgaben geringfügig sind.

Die Anhebung des Beitragssatzes führt infolge des höheren Sonderausgabenabzugs zu Mindereinnahmen bei der Einkommensteuer (einschließlich Solidaritätszuschlag) von rund 300 Millionen Euro jährlich. Davon entfallen 136 Millionen Euro auf den Bund, 121 Millionen Euro auf die Länder und 43 Millionen Euro auf die Gemeinden.

Durch die Anhebung der ambulanten Leistungsbeträge, die Festlegung der vollstationären Leistungsbeträge und die Erweiterung des nach § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) anspruchsberechtigten Personenkreises ergeben sich für die Träger der Sozialhilfe Entlastungen von rund 530 Millionen Euro jährlich gegenüber dem geltenden Recht; davon entfallen unter der Annahme, dass nur 60 000 pflegebedürftige Personen zusätzlich in den Anwendungsbereich des § 43a SGB XI kommen, rund 200 Millionen Euro auf die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Der Entlastungseffekt schmilzt in den Folgejahren allmählich auf 430 Millionen Euro jährlich ab. Diese Einsparungen kommen den Ländern und Kommunen zugute. Ob diesen Einsparungen ggf. Mehraufwendungen in der Hilfe zur Pflege gegenüberstehen, die durch die geplante Übertragung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) entstehen könnten, ist derzeit nicht abschätzbar.

Für die Träger des Sozialen Entschädigungsrechts ergeben sich im Rahmen der Leistungen der Kriegsopferversorgung durch die Anhebung der Leistungsbeträge geringe, nicht bezifferbare Minderausgaben für den Bund und die Länder gegenüber dem geltenden Recht. Im SGB XII entstehen den Trägern (Länder und Kommunen) für Leistungsempfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII Kosten aus der Beitragssatzerhöhung in Höhe von etwa 2 Millionen Euro jährlich. Für Leistungsberechtigte in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII entstehen dem Bund infolge der vollständigen Erstattung der Nettoausgaben durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von etwa 13 Millionen Euro jährlich.

Die auf den Bundshaushalt entfallenden Mehrausgaben werden innerhalb der betroffenen Einzelpläne ausgeglichen, ausgenommen sind die durch die Beitragssatzerhöhung anfallenden Mehrausgaben für die Beiträge zur Pflegeversicherung für die Bezieher von Arbeitslosengeld II und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

2. Soziale Pflegeversicherung

Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,2 Beitragssatzpunkte zum 1. Januar 2017 führt im Jahr 2017 zu Mehreinnahmen von rund 2,5 Milliarden Euro. Bis 2020 steigen die Mehreinnahmen voraussichtlich auf rund 2,7 Milliarden Euro jährlich. Langfristig steigt der Betrag entsprechend der Lohn- und Beschäftigungsentwicklung.

Dem stehen im Jahr 2017 Mehrausgaben infolge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einschließlich der Setzung der Leistungsbeträge von 3,7 Milliarden Euro und 2,4 bis 2,5 Milliarden Euro jährlich in den Folgejahren gegenüber. Darüber hinaus entstehen durch die Überleitung der pflegebedürftigen Personen von den Pflegestufen auf die Pflegegrade zusätzlich Überleitungskosten von insgesamt etwa 3,6 Milliarden Euro im Zeitraum von vier Jahren. Hinzu kommen zusätzlich Bestandsschutzkosten im vollstationären Bereich von knapp 0,8 Milliarden Euro.

Der ab dem 1. Januar 2017 um 0,2 Prozentpunkte angehobene Beitragssatz von 2,55 Prozent kann bis in das Jahr 2022 hinein stabil gehalten werden.

Damit wird die finanzielle Nachhaltigkeit des Systems insoweit gewährleistet, als dass die zeitliche Reichweite des Beitragssatzes noch etwas weiter ist, als dies ohne Reformen der Fall gewesen wäre.

3. Krankenversicherung

Für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund 8 Millionen Euro jährlich für Beiträge aus Krankengeld.

4. Rentenversicherung

In der gesetzlichen Rentenversicherung kommt es aufgrund der Änderung der Berechnungsgrundlage für die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen zu Mehreinnahmen im Umfang von 407 Millionen Euro jährlich. Dem stehen langfristig entsprechend höhere, jährliche Rentenausgaben gegenüber. Für die gesetzliche Rentenversicherung entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund 2 Millionen Euro jährlich für Beiträge aus Übergangsgeld.

5. Arbeitslosenversicherung

Für die Bundesagentur für Arbeit entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben von rund 40 Millionen Euro jährlich. Dem stehen nicht quantifizierbare Mehreinnahmen durch einen Anstieg sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung infolge der Mehrausgaben für Sachleistungen gegenüber. Als Arbeitgeber entstehen der Bundesagentur für Arbeit durch die Erhöhung des Beitragssatzes für die Pflegeversicherung Mehrkosten bei den Personalausgaben (Personal nach dem Zweiten und Dritten Buch Sozialgesetzbuch) in Höhe von rund 5 Millionen Euro jährlich. Für den Haushalt der Bundesagentur für Arbeit ergeben sich durch die Einbeziehung von Pflegepersonen in den Arbeitslosenversicherungsschutz mittelfristig Mehrausgaben in Höhe von bis zu 33 Millionen Euro jährlich.

6. Unfallversicherung

Für die gesetzliche Unfallversicherung entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund 1,5 Millionen Euro jährlich für Beiträge zur Pflegeversicherung aus Übergangs- und Verletztengeld.

Durch die Einbeziehung der Pflegepersonen von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in den Versicherungsschutz der Unfallversicherung steigen die Ausgaben bei Unterstellung eines gleichbleibenden Unfallgeschehens auf Basis der bisherigen Ausgaben im Rahmen der Überleitungsvorschriften um rund 0,1 Millionen Euro in der Übergangszeit von einigen Jahren. Im Übrigen

können die finanziellen Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der versicherten Tätigkeiten nicht quantifiziert werden.

Zu den Buchstaben b und c

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entstehen im Saldo ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 18 400 Stunden und ein Sachaufwand in Höhe von rund 950 000 Euro.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft entstehen durch die Änderung bestehender Vorgaben einmalige Belastungen in Höhe von rund 774 000 Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 1,2 Millionen Euro, davon rund 390 000 Euro Bürokratiekosten aus drei Informationspflichten. Durch neue Vorgaben entstehen einmalige Belastungen in Höhe von rund 1,5 Millionen Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 8 000 Euro, zudem entsteht eine einmalige Entlastung über zwei Jahre in Höhe von rund 3 Millionen Euro. Durch die Streichung einer Vorgabe reduziert sich der Erfüllungsaufwand um rund 750 000 Euro jährlich.

Insgesamt entsteht für die Wirtschaft im Saldo eine jährliche Belastung in Höhe von rund 384 000 Euro. Die Bundesregierung wird die Erfüllung der als „One in, one out“-Regel beschlossenen Maßgaben außerhalb dieses Gesetzesvorhabens realisieren.

Hinsichtlich einmaligen Erfüllungsaufwandes kommt es im Saldo zu einer Entlastung in Höhe von rund 728 000 Euro.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung entstehen durch die Änderung bestehender Vorgaben einmalige Belastungen in Höhe von rund 2 Millionen Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 13,4 Millionen Euro. Dem Bundesversicherungsamt entstehen im Bereich Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung zusätzliche Vollzugsaufwendungen im Umfang von zwei Stellen verbunden mit einem Personalmittelbedarf von rund 166 000 Euro. Durch neue Vorgaben entstehen einmalige Belastungen in Höhe von rund 2,4 Millionen Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 782 000 Euro, wobei zudem eine einmalige Entlastung über zwei Jahre in Höhe von rund 17,5 Millionen Euro entsteht. Durch die Streichung einer Vorgabe reduziert sich der Erfüllungsaufwand um rund 26 000 Euro jährlich.

Im Saldo entsteht für die Verwaltung eine jährliche Belastung in Höhe von rund 14,3 Millionen Euro.

Hinsichtlich einmaligen Erfüllungsaufwandes kommt es im Saldo zu einer Entlastung von rund 13,2 Millionen Euro.

Der auf den Bundshaushalt entfallende Erfüllungsaufwand wird mit den vorhandenen Personal- und Sachmitteln innerhalb der jeweiligen Einzelpläne abgedeckt.

Zu den Buchstaben b und c

Der Erfüllungsaufwand wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus den auch für sie geltenden leistungsrechtlichen Änderungen entsprechend dem Verhältnis der Zahl der Pflegebedürftigen zur sozialen Pflegeversicherung unter Berücksichtigung von Beihilfetarifen Finanzwirkungen, die rund 3 Prozent der Finanzwirkung für die soziale Pflegeversicherung ausmachen. Dies sind im Jahr 2017 rund 110 Millionen Euro und in den Folgejahren rund 70 Millionen Euro jährlich. Hinzu kommen 130 Millionen Euro Überleitungs- und Bestandsschutzkosten über einen Zeitraum von vier Jahren.

Die Mehrbelastung der Arbeitgeber aufgrund der Anhebung des Beitragssatzes beträgt im Jahr 2017 etwa 700 Millionen Euro und verändert sich anschließend entsprechend der Lohn- und Beschäftigungsentwicklung.

Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau sind wegen des geringen Umfangs der finanziellen Auswirkungen im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt nicht zu erwarten.

Die Überführung der Regelung für die zusätzlichen Betreuungsangebote in stationären Pflegeeinrichtungen in einen individuellen Leistungsanspruch sowie die Stärkung der Nachfrage nach Pflegeleistungen durch Ausweitung des leistungsberechtigten Personenkreises und durch Anpassung der Leistungsbeträge haben direkte und indirekte Beschäftigungseffekte. Hierdurch ergeben sich Mehreinnahmen bei Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen.

Zu den Buchstaben b und c

Weitere Kosten wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/5926, 18/6182 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen,
- b) den Antrag auf Drucksache 18/5110 abzulehnen,
- c) den Antrag auf Drucksache 18/6066 abzulehnen.

Berlin, den 11. November 2015

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Edgar Franke
Vorsitzender

Erwin Rüdell
Berichtersteller

Mechthild Rawert
Berichterstatterin

Pia Zimmermann
Berichterstatterin

Elisabeth Scharfenberg
Berichterstatterin

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

– Drucksachen 18/5926, 18/6182 –

mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften	Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften
(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)	(Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat 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 Artikel 2 Absatz 24 des Gesetzes vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434) 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 Artikel 2 Absatz 24 des Gesetzes vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:	1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
a) In der Angabe zu § 7 wird das Wort „Beratung“ durch das Wort „Auskunft“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) Nach der Angabe zu § 7b wird die folgende Angabe zu § 7c eingefügt:	b) u n v e r ä n d e r t
„§ 7c Pflegestützpunkte“.	
c) Nach der Angabe zu § 8 wird die folgende Angabe zu § 8a eingefügt:	c) u n v e r ä n d e r t
„§ 8a Landespflegeausschüsse“.	
d) Nach der Angabe zu § 18b wird die folgende Angabe zu § 18c eingefügt:	d) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„§ 18c Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“.	
e) Die Angabe zur Überschrift des Vierten Abschnitts des Achten Kapitels wird wie folgt gefasst:	e) un verändert
„Vierter Abschnitt Kostenerstattung, Pflegeheimvergleich“.	
f) Die Angabe zu § 92 wird wie folgt gefasst:	f) un verändert
„§ 92 (weggefallen)“.	
g) Die Angabe zur Überschrift des Fünften Abschnitts des Achten Kapitels wird wie folgt gefasst:	g) un verändert
„Fünfter Abschnitt Integrierte Versorgung“.	
h) Nach der Angabe zu § 92b wird die folgende Angabe zum Sechsten Abschnitt des Achten Kapitels eingefügt:	h) un verändert
„Sechster Abschnitt Übergangsregelung für die stationäre Pflege	
§ 92c Neuverhandlung der Pflegesätze	
§ 92d Alternative Überleitung der Pflegesätze	
§ 92e Verfahren für die Umrechnung	
§ 92f Pflichten der Beteiligten“.	
i) Die Angabe zu § 113b wird wie folgt gefasst:	i) un verändert
„§ 113b Qualitätsausschuss“.	
j) Nach der Angabe zu § 113b wird die folgende Angabe zu § 113c eingefügt:	j) un verändert
„§ 113c Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen“.	
k) Der Angabe zu § 115 wird ein Komma und das Wort „Qualitätsdarstellung“ angefügt.	k) un verändert
	l) Nach der Angabe zu § 115 wird die folgende Angabe zu § 115a eingefügt:
	„§ 115a Übergangsregelung für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs-Richtlinien“.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. § 1 wird wie folgt geändert:	2. un v e r ä n d e r t
a) Absatz 5 wird aufgehoben.	
b) Absatz 4a wird Absatz 5.	
3. § 7 wird wie folgt geändert:	3. § 7 wird wie folgt geändert:
a) In der Überschrift wird das Wort „Beratung“ durch das Wort „Auskunft“ ersetzt.	a) un v e r ä n d e r t
b) In Absatz 1 wird das Wort „Beratung“ durch das Wort „Auskunft“ ersetzt.	b) un v e r ä n d e r t
c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) <i>In Satz 1 werden im Satzteil vor der Aufzählung die Wörter „zu unterrichten, zu beraten“ durch die Wörter „zu informieren“ ersetzt.</i>	aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
	aaa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden die Wörter „zu unterrichten, zu beraten“ durch die Wörter „zu informieren“ ersetzt.
	bbb) In Nummer 2 wird das Wort „Rehabilitationsempfehlung“ durch die Wörter „Präventions- und Rehabilitationsempfehlung“ ersetzt.
bb) In Satz 3 wird das Wort „Beratung“ durch die Wörter „Aufklärung und Auskunft“ ersetzt.	bb) un v e r ä n d e r t
cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:	cc) un v e r ä n d e r t
„Die zuständige Pflegekasse informiert die Versicherten unverzüglich nach Eingang eines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch insbesondere über ihren Anspruch auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c sowie die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Absatz 3. Ebenso gibt die zuständige Pflegekasse Auskunft über die in ihren Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b Absatz 2 getroffenen Festlegungen, insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen und der für die Versicherten entstehenden Kosten, und veröffentlicht diese Angaben auf einer eigenen Internetseite.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:	d) <code>u n v e r ä n d e r t</code>
<p>„(3) Zur Unterstützung der pflegebedürftigen Person bei der Ausübung ihres Wahlrechts nach § 2 Absatz 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebotes hat die zuständige Pflegekasse der antragstellenden Person auf Anforderung eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie der Angebote für niedrigschwellige Betreuung und Entlastung nach § 45c, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll (Leistungs- und Preisvergleichsliste), unverzüglich und in geeigneter Form zu übermitteln. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Satz 1, aktualisieren diese einmal im Quartal und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite. Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel sowie die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote sowie zu den Kosten in einer Form zu enthalten, die einen regionalen Vergleich von Angeboten und Kosten und der regionalen Verfügbarkeit ermöglicht. Auf der Internetseite nach Satz 2 sind auch die nach § 115 Absatz 1a veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und die nach § 115 Absatz 1b veröffentlichten Informationen zu berücksichtigen. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Buch und zur Veröffentlichung nach Absatz 2 Satz 4 und 5 vom Landesverband der Pflegekassen durch elektronische Datenübertragung zur Verfügung zu stellen.“</p>	
e) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:	e) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
<p>„(4) Die Landesverbände der Pflegekassen <i>vereinbaren</i> gemeinsam mit den nach Landesrecht zuständigen Stellen für die Anerkennung der Angebote für niedrigschwellige Betreuung und Entlastung nach den Vorschriften dieses Buches das Nähere zur</p>	<p>„(4) Im Einvernehmen mit den zuständigen obersten Landesbehörden vereinbaren die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam mit den nach Landesrecht zuständigen Stellen für die Anerkennung der Angebote für niedrigschwellige Betreuung und Entlastung nach den Vorschriften dieses</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Übermittlung von Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote, Kosten und regionaler Verfügbarkeit dieser Angebote einschließlich der Finanzierung des Verfahrens für die Übermittlung. Träger weiterer Angebote, in denen Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leben in der Gemeinschaft, zur schulischen Ausbildung oder Erziehung kranker oder behinderter Kinder, zur Alltagsunterstützung und zum Wohnen im Vordergrund stehen, können an Vereinbarungen nach Satz 1 beteiligt werden, falls sie insbesondere die Angaben nach Satz 1 im Wege der von den Parteien nach Satz 1 vorgesehenen Form der elektronischen Datenübertragung unentgeltlich bereitstellen. Dazu gehören auch Angebote der Träger von Leistungen der Eingliederungshilfe, soweit diese in der vorgesehenen Form der elektronischen Datenübermittlung kostenfrei bereitgestellt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen für einen bundesweit einheitlichen technischen Standard zur elektronischen Datenübermittlung ab.“</p>	<p>Buches das Nähere zur Übermittlung von Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote, Kosten und regionaler Verfügbarkeit dieser Angebote einschließlich der Finanzierung des Verfahrens für die Übermittlung. Träger weiterer Angebote, in denen Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leben in der Gemeinschaft, zur schulischen Ausbildung oder Erziehung kranker oder behinderter Kinder, zur Alltagsunterstützung und zum Wohnen im Vordergrund stehen, können an Vereinbarungen nach Satz 1 beteiligt werden, falls sie insbesondere die Angaben nach Satz 1 im Wege der von den Parteien nach Satz 1 vorgesehenen Form der elektronischen Datenübertragung unentgeltlich bereitstellen. Dazu gehören auch Angebote der Träger von Leistungen der Eingliederungshilfe, soweit diese in der vorgesehenen Form der elektronischen Datenübermittlung kostenfrei bereitgestellt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen für einen bundesweit einheitlichen technischen Standard zur elektronischen Datenübermittlung ab. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung der Länder.“</p>
4. § 7a wird wie folgt geändert:	4. § 7a wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden die Wörter „ab dem 1. Januar 2009“ gestrichen und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „Anspruchsberechtigten soll durch die Pflegekassen vor der erstmaligen Beratung unverzüglich ein zuständiger Pflegeberater, eine zuständige Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle benannt werden“ eingefügt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	bb) u n v e r ä n d e r t
„Für das Verfahren, die Durchführung und die Inhalte der Pflegeberatung sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a maßgeblich.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
cc) <i>Im bisherigen Satz 2 Nummer 1 wird das Wort „Feststellungen“ durch das Wort „Ergebnisse“ ersetzt und werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „sowie, wenn die nach Satz 1 anspruchsberechtigte Person zustimmt, die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3“ eingefügt.</i>	cc) Der bisherige Satz 2 wird wie folgt geändert:
	aaa) In Nummer 1 wird das Wort „Feststellungen“ durch das Wort „Ergebnisse“ ersetzt und werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „sowie, wenn die nach Satz 1 anspruchsberechtigte Person zustimmt, die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3“ eingefügt.
	bbb) In Nummer 4 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt.
	ccc) In Nummer 5 wird der Punkt am Ende durch das Wort „sowie“ ersetzt.
	ddd) Folgende Nummer 6 wird angefügt:
	„6. über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.“
dd) <i>Im bisherigen Satz 3 werden nach dem Wort „Versorgungsplan“ die Wörter „wird nach Maßgabe der Richtlinien nach § 17 Absatz 1a erstellt und umgesetzt; er“ eingefügt und wird die Angabe „Satz 2 Nr. 3“ durch die Wörter „Satz 3 Nummer 3“ ersetzt.</i>	dd) u n v e r ä n d e r t
ee) <i>Der bisherige Satz 9 wird aufgehoben.</i>	ee) u n v e r ä n d e r t
ff) <i>In Satz 10 wird die Angabe „§ 92c“ durch die Angabe „§ 7c“ ersetzt.</i>	ff) u n v e r ä n d e r t
b) <i>Absatz 2 wird wie folgt geändert:</i>	b) Absatz 2 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
aa) <i>Satz 1 wird wie folgt gefasst:</i>	aa) entfällt
„Auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. Sie <i>soll</i> auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 <i>auch</i> in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der diese Person lebt, <i>stattfinden</i> .“	„Auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. Sie erfolgt auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der diese Person lebt.“
bb) <i>Im bisherigen Satz 2 wird vor den Wörtern „Pflegeberater“ und „Pflegeberaterin“ jeweils das Wort „zuständigen“ eingefügt.</i>	bb) entfällt
c) Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:	c) Absatz 3 wird wie folgt geändert :
„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt unter Beteiligung der in § 17 Absatz 1a Satz 2 genannten Parteien bis zum 31. Juli 2018 Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern ab.“	aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst: u n v e r ä n d e r t
	bb) Satz 4 wird aufgehoben.
d) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „bis zum 31. Oktober 2008“ gestrichen.	d) u n v e r ä n d e r t
e) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:	e) u n v e r ä n d e r t
„(7) Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den nach Landesrecht bestimmten Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der Altenhilfe und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge über die Zusammenarbeit in der Beratung. Zu den Verträgen nach Satz 1 sind die Verbände der Träger weiterer nicht gewerblicher Beratungsstellen auf Landesebene anzuhören, die für die Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen von Bedeutung sind.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
f) Die folgenden Absätze 8 und 9 werden angefügt:	f) <code>u n v e r ä n d e r t</code>
„(8) Die Pflegekassen können sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben nach diesem Buch aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsaufgaben anderer Träger beteiligen; die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung sind zu gewährleisten.“	
(9) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre, erstmals zum 30. Juni 2020, einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vor über	
1. die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen nach den Absätzen 1 bis 4, 7 und 8, § 7b Absatz 1 und 2 und § 7c und	
2. die Durchführung, Ergebnisse und Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit sowie die Fortentwicklung der Beratungsstrukturen nach § 37 Absatz 3 bis 8.	
Er kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.“	
5. § 7b wird wie folgt geändert:	5. <code>u n v e r ä n d e r t</code>
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden im Satzteil vor der Aufzählung nach dem Wort „Buch“ die Wörter „sowie weiterer Anträge auf Leistungen nach § 18 Absatz 3, den §§ 36 bis 38, 41 bis 43, 44a, 45, 87a Absatz 2 Satz 1 und § 115 Absatz 4“ eingefügt.	
bb) In Satz 2 werden die Wörter „den §§ 7 und 7a“ durch die Angabe „§ 7a“ ersetzt.	
b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „den §§ 7 und 7a“ durch die Angabe „§ 7a“ ersetzt.	
c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „den §§ 7 und 7a“ durch die Angabe „§ 7a“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
6. Nach § 7b wird folgender § 7c eingefügt:	6. un v e r ä n d e r t
„§ 7c	
Pflegestützpunkte	
<p>(1) Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten richten die Pflegekassen und Krankenkassen Pflegestützpunkte ein, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. Die Einrichtung muss innerhalb von sechs Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde erfolgen. Kommen die hierfür erforderlichen Verträge nicht innerhalb von drei Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines weiteren Monats den Inhalt der Verträge festzulegen; hierbei haben sie auch die Interessen der Ersatzkassen und der Landesverbände der Krankenkassen wahrzunehmen. Hinsichtlich der Mehrheitsverhältnisse bei der Beschlussfassung ist § 81 Absatz 1 Satz 2 entsprechend anzuwenden. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörden zur Einrichtung von Pflegestützpunkten haben keine aufschiebende Wirkung.</p>	
(2) Aufgaben der Pflegestützpunkte sind	
1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote,	
2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,	
3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.	
Auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen ist zurückzugreifen. Die Pflegekassen haben jederzeit darauf hinzuwirken, dass sich insbesondere die	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch,	
2. im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen,	
3. im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung	
an den Pflegestützpunkten beteiligen. Die Krankenkassen haben sich an den Pflegestützpunkten zu beteiligen. Träger der Pflegestützpunkte sind die beteiligten Kosten- und Leistungsträger. Die Träger	
1. sollen Pflegefachkräfte in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einbinden,	
2. haben nach Möglichkeit Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einzubinden,	
3. sollen interessierten kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen die Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglichen,	
4. können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben dritter Stellen bedienen,	
5. sollen im Hinblick auf die Vermittlung und Qualifizierung von für die Pflege und Betreuung geeigneten Kräften eng mit dem Träger der Arbeitsförderung nach dem Dritten Buch und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch zusammenarbeiten.	
(3) Die an den Pflegestützpunkten beteiligten Kostenträger und Leistungserbringer können für das Einzugsgebiet der Pflegestützpunkte Verträge zur wohnortnahen integrierten Versorgung schließen; insoweit ist § 92b mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, dass die Pflege- und Krankenkassen gemeinsam und einheitlich handeln.	
(4) Der Pflegestützpunkt kann bei einer im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtung errichtet werden, wenn dies nicht zu einer unzu-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>lässigen Beeinträchtigung des Wettbewerbs zwischen den Pflegeeinrichtungen führt. Die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen werden von den Trägern der Pflegestützpunkte unter Berücksichtigung der anrechnungsfähigen Aufwendungen für das eingesetzte Personal auf der Grundlage einer vertraglichen Vereinbarung anteilig getragen. Die Verteilung der für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen wird mit der Maßgabe vereinbart, dass der auf eine einzelne Pflegekasse entfallende Anteil nicht höher sein darf als der von der Krankenkasse, bei der sie errichtet ist, zu tragende Anteil. Soweit sich private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, nicht an der Finanzierung der Pflegestützpunkte beteiligen, haben sie mit den Trägern der Pflegestützpunkte über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme der Pflegestützpunkte durch privat Pflege-Pflichtversicherte sowie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen Vereinbarungen zu treffen; dies gilt für private Versicherungsunternehmen, die die private Krankenversicherung durchführen, entsprechend.</p>	
<p>(5) Im Pflegestützpunkt tätige Personen sowie sonstige mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 befasste Stellen, insbesondere</p>	
<p>1. nach Landesrecht für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu bestimmende Stellen,</p>	
<p>2. Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung,</p>	
<p>3. Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77,</p>	
<p>4. Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sowie</p>	
<p>5. Agenturen für Arbeit und Träger der Grundversicherung für Arbeitsuchende</p>	
<p>dürfen Sozialdaten nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Rege-</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
lungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.	
<p>(6) Die Landesverbände der Pflegekassen können mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte vereinbaren. Die von der zuständigen obersten Landesbehörde getroffene Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sowie die Empfehlungen nach Absatz 7 sind hierbei zu berücksichtigen. Die Rahmenverträge sind bei der Arbeit und der Finanzierung von Pflegestützpunkten in der gemeinsamen Trägerschaft der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die Altenhilfe und für die Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu beachten.</p>	
<p>(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände können gemeinsam und einheitlich Empfehlungen zur Arbeit und zur Finanzierung von Pflegestützpunkten in der gemeinsamen Trägerschaft der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Alten- und Sozialhilfe vereinbaren.“</p>	
7. Dem § 8 wird folgender Absatz 4 angefügt:	7. u n v e r ä n d e r t
<p>„(4) Aus den Mitteln nach Absatz 3 ist ebenfalls die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 und der wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Absatz 4 sicherzustellen. Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. als Mitglied im Qualitätsausschuss nach § 113b vertreten ist, beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, mit einem Anteil von 10 Prozent an den Aufwendungen nach Satz 1. Aus den Mitteln nach Absatz 3 ist zudem die Finanzierung der Aufgaben nach § 113c sicherzustellen. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 10 Prozent an diesen Aufwendungen. Der Finanzierungsanteil nach</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
den Sätzen 2 und 4, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.“	
8. Nach § 8 wird folgender § 8a eingefügt:	8. un v e r ä n d e r t
„§ 8a	
Landespflegeausschüsse	
Für jedes Land oder für Teile des Landes wird zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung ein Landespflegeausschuss gebildet. Der Ausschuss kann zur Umsetzung der Pflegeversicherung einvernehmlich Empfehlungen abgeben. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu den Landespflegeausschüssen zu bestimmen; insbesondere können sie die den Landespflegeausschüssen angehörenden Organisationen unter Berücksichtigung der Interessen aller an der Pflege im Land Beteiligten berufen.“	
9. In § 12 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 92c“ durch die Angabe „§ 7c“ ersetzt.	9. un v e r ä n d e r t
10. In § 13 Absatz 5 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies gilt nicht für das Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 44a Absatz 3“ eingefügt.	10. un v e r ä n d e r t
11. § 17 wird wie folgt geändert:	11. un v e r ä n d e r t
a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:	
„(1a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bis zum 31. Juli 2018 Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a, die für die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen, der Beratungsstellen nach § 7b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie der Pflegestützpunkte nach § 7c unmittelbar verbindlich sind (Pflegeberatungs-Richtlinien). An den Richtlinien nach Satz 1 sind die Länder, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu beteiligen. Den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, unabhängigen Sachverständigen sowie den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie ihrer Angehörigen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“	
b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 1“ durch die Wörter „den Absätzen 1 und 1a“ ersetzt.	
12. § 17a Absatz 4 Satz 1 bis 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	12. u n v e r ä n d e r t
„Eine Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 1 wird frühestens am 1. Januar 2017 wirksam. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden.“	
13. § 18 wird wie folgt geändert:	13. § 18 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Absatz 1 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
	„Eine Prüfung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a vorliegt, erfolgt auch bei Versicherten, die in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden.“
	b) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a bis 2c eingefügt:
	„(2a) Bei pflegebedürftigen Versicherten werden vom 1. Juli 2016 bis zum 31. Dezember 2016 keine Wiederholungsbegutachtungen nach Absatz 2 Satz 5 durchgeführt, auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder anderen unabhängigen Gutachtern empfohlen wurde. Abweichend von Satz 1 können Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden, wenn eine Verringerung des Hilfebedarfs, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Rehabilitationsmaßnahmen, zu erwarten ist.
	<p>(2b) Die Frist nach Absatz 3 Satz 2 ist vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2016 unbeachtlich. Abweichend davon ist einem Antragsteller, der ab dem 1. November 2016 einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt und bei dem ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen berichten in der nach Absatz 3b Satz 4 zu veröffentlichenden Statistik auch über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.</p>
	<p>(2c) Abweichend von Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 ist die Pflegekasse vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2016 nur bei Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs gemäß Absatz 2b dazu verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.“</p>
	c) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „fünf Wochen“ durch die Angabe „25 Arbeitstage“ ersetzt.
	d) In Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 werden die Wörter „vier Wochen“ durch die Angabe „20 Arbeitstagen“ ersetzt.
	e) In Absatz 3b Satz 1 werden die Wörter „fünf Wochen“ durch die Angabe „25 Arbeitstagen“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) In Absatz 6 Satz 3 werden nach dem Wort „Gutachter“ die Wörter „auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zu treffen und“ eingefügt.	f) u n v e r ä n d e r t
b) <i>Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 6a eingefügt:</i>	b) e n t f ä l l t
<p><i>„(6a) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben gegenüber der Pflegekasse in ihrem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlungen gelten hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen von § 40 dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. Die Zustimmung erfolgt gegenüber dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Begutachtungsformular schriftlich dokumentiert. Hinsichtlich der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne des Satzes 2 wird die Erforderlichkeit nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches oder die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Bezüglich der Vermutung der Erforderlichkeit nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches tritt die Regelung am 31. Dezember 2019 außer Kraft. Die Konkretisierung, welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne von Satz 2 den Zielen von § 40 dienen, erfolgt in den Begutachtungsrichtlinien nach § 17. Dabei ist auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 des Fünften Buches über die Verordnung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen. Die Pflegekasse übermittelt dem Antragsteller unverzüglich, jedoch spätestens mit der Übersendung des Bescheides über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit, auch die Entscheidung über die empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel.“</i></p>	
14. In § 18a Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2015“ durch die Angabe „2018“ ersetzt und werden nach dem Wort „über“ die Wörter „die Anwendung eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung und“ eingefügt.	14. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
15. Nach § 18b wird folgender § 18c eingefügt:	15. Nach § 18b wird folgender § 18c eingefügt:
„§ 18c	„§ 18c
Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
<p>(1) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Begleitgremium ein, das die Vorbereitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14, 15 und 18 Absatz 5a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mit pflegfachlicher und wissenschaftlicher Kompetenz unterstützt. Aufgabe des Begleitgremiums ist, das Bundesministerium für Gesundheit bei der Klärung fachlicher Fragen zu beraten und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bei der Vorbereitung der Umstellung zu unterstützen. Dem Begleitgremium wird ab dem 1. Januar 2017 zusätzlich die Aufgabe übertragen, das Bundesministerium für Gesundheit bei der Klärung fachlicher Fragen zu beraten, die nach der Umstellung im Zuge der Umsetzung auftreten.</p>	<p>(1) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(2) Das Bundesministerium für Gesundheit erteilt <i>einen Auftrag zur begleitenden wissenschaftlichen Evaluation</i> insbesondere zu Maßnahmen und Ergebnissen der Vorbereitung und der Umsetzung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14, 15 und 18 Absatz 5a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung.</p>	<p>(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt eine begleitende wissenschaftliche Evaluation insbesondere zu Maßnahmen und Ergebnissen der Vorbereitung und der Umsetzung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14, 15 und 18 Absatz 5a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung. Die Auftragserteilung erfolgt im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, soweit Auswirkungen auf andere Sozialleistungssysteme aus dem Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales untersucht werden. Im Rahmen der Evaluation sind insbesondere Erfahrungen und Auswirkungen hinsichtlich der folgenden Aspekte zu untersuchen:</p>
	<p>1. Leistungsentscheidungsverfahren und Leistungsentscheidungen bei Pflegekassen</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	und Medizinischen Diensten, beispielsweise Bearbeitungsfristen und Übermittlung von Ergebnissen;
	2. Umsetzung der Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren;
	3. Leistungsentscheidungsverfahren und Leistungsentscheidungen anderer Sozialleistungsträger, soweit diese pflegebedürftige Personen betreffen;
	4. Umgang mit dem neuen Begutachtungsinstrument bei pflegebedürftigen Antragstellern, beispielsweise Antragsverhalten und Informationsstand;
	5. Entwicklung der ambulanten Pflegevergütungen und der stationären Pflegesätze einschließlich der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile;
	6. Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, den pflegefachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und in der stationären Pflege unter Berücksichtigung unterschiedlicher Gruppen von Pflegebedürftigen und Versorgungskonstellationen einschließlich derjenigen von pflegebedürftigen Personen, die im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen versorgt werden.
Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist bis zum 1. Januar 2020 zu veröffentlichen. Dem Bundesministerium für Gesundheit sind auf Verlangen Zwischenberichte vorzulegen.“	Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist bis zum 1. Januar 2020 zu veröffentlichen. Dem Bundesministerium für Gesundheit sind auf Verlangen Zwischenberichte vorzulegen.“
16. In § 30 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2020“ ersetzt.	16. un verändert
17. § 33 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:	17. un verändert
„Anspruch auf Leistungen besteht, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied versichert oder nach § 25 familienversichert war.“	
18. § 37 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:	18. un verändert
„Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
19. § 38 Satz 4 wird wie folgt gefasst:	19. un verändert
„Anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt.“	
20. § 39 wird wie folgt geändert:	20. un verändert
a) Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:	
„Die Aufwendungen der Pflegekasse können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1 612 Euro belaufen, wenn die Ersatzpflege durch andere Pflegepersonen sichergestellt wird als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.“	
b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:	
„(2) Der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 auf insgesamt bis zu 2 418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet.“	
c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3 und wie folgt geändert:	
aa) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	
„Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu sechs Wochen nicht überschreiten. Wird die Ersatzpflege von den in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, können sich die Aufwendungen der Pflegekasse abweichend von Satz 1 auf den Leistungsbetrag nach Absatz 1	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Satz 3 belaufen; Absatz 2 findet Anwendung.“	
bb) Der neue Satz 4 wird wie folgt gefasst:	
„Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 1 und 3 dürfen zusammen den Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 nicht übersteigen; Absatz 2 findet Anwendung.“	
d) Der bisherige Absatz 3 wird aufgehoben.	
21. § 42 Absatz 2 wird wie folgt geändert:	21. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 1 wird das Wort „vier“ durch das Wort „acht“ ersetzt.	
b) Satz 4 wird aufgehoben.	
22. <i>In § 44a Absatz 3 Satz 4 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „der Auszahlungsbetrag vermindert sich um den vom Beschäftigten aus dem Pflegeunterstützungsgeld zu tragenden Anteil an den Sozialversicherungsbeiträgen“ eingefügt.</i>	22. § 44a Absatz 7 Satz 2 wird wie folgt geändert:
	a) In Nummer 6 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
	b) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
	c) Folgende Nummer 8 wird angefügt:
	„8. Name und Anschrift der Krankenkasse oder des privaten Krankenversicherungsunternehmens.“
23. § 45 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	23. u n v e r ä n d e r t
a) In Satz 1 werden die Wörter „Die Pflegekassen sollen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten“ durch die Wörter „Die Pflegekassen haben für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen“ ersetzt.	
b) Satz 3 wird wie folgt gefasst:	
„Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des pflegebedürftigen statt. § 114a Absatz 3a gilt entsprechend.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	23a. Nach § 46 Absatz 2 Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:
	„In den Fällen des Satzes 4 kann auch ein gemeinsamer Widerspruchsbescheid erlassen werden; Satz 5 gilt entsprechend.“
24. Die Überschrift des Vierten Abschnitts des Achten Kapitels wird wie folgt gefasst:	24. u n v e r ä n d e r t
„Vierter Abschnitt	
Kostenerstattung, Pflegeheimvergleich“.	
25. § 92 wird aufgehoben.	25. u n v e r ä n d e r t
26. Die Überschrift des Fünften Abschnitts des Achten Kapitels wird wie folgt gefasst:	26. u n v e r ä n d e r t
„Fünfter Abschnitt	
Integrierte Versorgung“.	
27. § 92c wird durch folgenden Sechsten Abschnitt des Achten Kapitels ersetzt:	27. § 92c wird durch folgenden Sechsten Abschnitt des Achten Kapitels ersetzt:
„Sechster Abschnitt	„Sechster Abschnitt
Übergangsregelung für die stationäre Pflege	Übergangsregelung für die stationäre Pflege
§ 92c	§ 92c
Neuverhandlung der Pflegesätze	Neuverhandlung der Pflegesätze
Die ab dem 1. Januar 2016 geltenden Pflegesatzvereinbarungen der zugelassenen Pflegeheime gelten bis zum 31. Dezember 2016 weiter. Gleiches gilt für Pflegesatzvereinbarungen, die neu auf Grundlage des § 84 Absatz 2 in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung abgeschlossen werden. Für den vorgesehenen Übergang ab dem 1. Januar 2017 sind von den Vereinbarungspartnern nach § 85 <i>des Elften Buches Sozialgesetzbuch</i> für die Pflegeheime neue Pflegesätze im Hinblick auf die neuen fünf Pflegegrade zu vereinbaren. Davon ausgehend sind in der vollstationären Pflege für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln. Dabei kann insbesondere die Pflegesatzkommission	Die ab dem 1. Januar 2016 geltenden Pflegesatzvereinbarungen der zugelassenen Pflegeheime gelten bis zum 31. Dezember 2016 weiter. Gleiches gilt für Pflegesatzvereinbarungen, die neu auf Grundlage des § 84 Absatz 2 in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung abgeschlossen werden. Für den vorgesehenen Übergang ab dem 1. Januar 2017 sind von den Vereinbarungspartnern nach § 85 für die Pflegeheime neue Pflegesätze im Hinblick auf die neuen fünf Pflegegrade zu vereinbaren. Davon ausgehend sind in der vollstationären Pflege für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln. Dabei kann insbesondere die Pflegesatzkommission nach § 86 das Nähere für ein vereinfachtes

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
nach § 86 das Nähere für ein vereinfachtes Verfahren unter Einbezug <i>der alternativen Überleitung nach § 92d sowie für einen angemessenen Zuschlag</i> für die voraussichtlichen Kostensteigerungsraten bestimmen. § 85 Absatz 3 bis 7 gilt entsprechend.	Verfahren unter Einbezug eines angemessenen Zuschlags für die voraussichtlichen Kostensteigerungsraten bestimmen. § 85 Absatz 3 bis 7 gilt entsprechend.
§ 92d	§ 92d
Alternative Überleitung der Pflegesätze	u n v e r ä n d e r t
Sofern bis zu drei Monate vor dem 1. Januar 2017 für das Pflegeheim keine neue Vereinbarung nach § 92c geschlossen wurde, werden die vereinbarten Pflegesätze durch übergeleitete Pflegesätze abgelöst, die nach § 92e zu ermitteln sind.	
§ 92e	§ 92e
Verfahren für die Umrechnung	Verfahren für die Umrechnung
(1) Grundlage für die Ermittlung der ab dem 1. Januar 2017 zu zahlenden Pflegesätze nach § 92d ist der Gesamtbetrag der Pflegesätze, die dem Pflegeheim am 30. September 2016 zustehen, hochgerechnet auf einen Kalendermonat für Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Bewohner ohne Pflegestufe, aber mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.	(1) u n v e r ä n d e r t
(2) Der Gesamtbetrag nach Absatz 1 ist in die Pflegegrade 2 bis 5 umzurechnen. Die übergeleiteten Pflegesätze ergeben sich als Summe aus dem Leistungsbetrag nach § 43 und dem in allen Pflegegraden gleich hohen Eigenanteil (Zahlungsbetrag). Der einheitliche Eigenanteil ermittelt sich dann wie folgt:	(2) u n v e r ä n d e r t
$EA = \frac{(\sum PS - PBPG2 \times LBPG2 - PBPG3 \times LBPG3 - PBPG4 \times LBPG4 - PBPG5 \times LBPG5)}{PB (PG2 - PG5)}$	
Dabei sind:	
1. EA = der ab dem Tag der Umstellung geltende einheitliche Eigenanteil,	
2. $\sum PS$ = Gesamtbetrag der Pflegesätze (PS) nach Absatz 1,	
3. PBPG2 = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 entsprechend der Überleitungsvor-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
schrift des § 140 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung am 30. September 2016,	
4. PBPG3 = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 3 entsprechend der Überleitungsvorschrift des § 140 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung am 30. September 2016,	
5. PBPG4 = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 4 entsprechend der Überleitungsvorschrift des § 140 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung am 30. September 2016,	
6. PBPG5 = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 5 entsprechend der Überleitungsvorschrift des § 140 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung am 30. September 2016,	
7. PB (PG2 – PG5) = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 bis 5 entsprechend der Überleitungsvorschrift des § 140 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung am 30. September 2016,	
8. LBPG2 = vollstationärer Leistungsbetrag in Pflegegrad 2,	
9. LBPG3 = vollstationärer Leistungsbetrag in Pflegegrad 3,	
10. LBPG4 = vollstationärer Leistungsbetrag in Pflegegrad 4 sowie	
11. LBPG5 = vollstationärer Leistungsbetrag in Pflegegrad 5.	
(3) Für den teilstationären Bereich ergeben sich abweichend von Absatz 2 die übergeleiteten Pflegesätze wie folgt:	(3) Für den teilstationären Bereich ergeben sich abweichend von Absatz 2 die übergeleiteten Pflegesätze wie folgt:
$\text{PSPG2} = \sum \text{PS} / (\text{PBPG2} + \text{PBPG3} \times 1,36 + \text{PBPG4} \times 1,74 + \text{PBPG5} \times 1,91).$	$\text{PSPG2} = \sum \text{PS} \text{ dividiert durch } (\text{PBPG2} + \text{PBPG3} \times 1,2 + \text{PBPG4} \times 1,4 + \text{PBPG5} \times 1,5).$
	Dabei ist
<i>Dabei ist PSPG2 der teilstationäre Pflegesatz in Pflegegrad 2. Der Pflegesatz</i>	PSPG2 = der teilstationäre Pflegesatz in Pflegegrad 2.
	Es gilt:
1. in Pflegegrad 3 entspricht dem 1,36-fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2,	1. der Pflegesatz in Pflegegrad 3 entspricht dem 1,2-fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. in Pflegegrad 4 entspricht dem 1,74-fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2,	2. der Pflegesatz in Pflegegrad 4 entspricht dem 1,4-fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2,
3. in Pflegegrad 5 entspricht dem 1,91-fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2.	3. der Pflegesatz in Pflegegrad 5 entspricht dem 1,5-fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2.
(4) Der Pflegesatz für den Pflegegrad 1 beträgt bis zur Ablösung durch eine neue Pflegesatzvereinbarung 78 Prozent des Pflegesatzes für den Pflegegrad 2.	(4) u n v e r ä n d e r t
§ 92f	§ 92f
Pflichten der Beteiligten	u n v e r ä n d e r t
(1) Das Pflegeheim teilt den nach § 85 Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern bis spätestens zum 31. Oktober 2016 die von ihm nach § 92e Absatz 2 bis 4 ermittelten Pflegesätze in den Pflegegraden 1 bis 5 zusammen mit folgenden Angaben mit:	
1. die bisherigen Pflegesätze,	
2. die Aufteilung der maßgeblichen Heimbewohnerzahl entsprechend ihrer bisherigen Einstufung und der Angabe zum Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz sowie	
3. den Stichtagsbetrag nach § 92e Absatz 1.	
Diese Angaben sind durch geeignete Unterlagen zu belegen. Es genügt die Mitteilung an eine als Vertragspartei beteiligte Pflegekasse; diese stellt die unverzügliche Weiterleitung der Mitteilung an die übrigen als Vertragsparteien beteiligten Kostenträger sowie an die Landesverbände der Pflegekassen sicher.	
(2) Über Beanstandungen der von dem Pflegeheim nach Absatz 1 übermittelten Angaben befinden die Parteien nach § 85 Absatz 2 unverzüglich mit Mehrheit. Sofern an die Pflegekassen als Vertragspartei keine Mitteilung innerhalb der Frist erfolgt, sind diese zu einer Schätzung berechtigt und informieren darüber unverzüglich das Pflegeheim.	
(3) Abweichend von § 9 Absatz 2 des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes sind die Heimbewohner vom Pflegeheim spätestens bis	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
zum 30. November 2016 über die danach geltenden Pflegesätze nach § 92e, bei vollstationärer Pflege einschließlich des einrichtungseinheitlichen Eigenanteiles, schriftlich zu informieren. Auf den Besitzstandsschutz nach § 141 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung ist hinzuweisen.“	
28. § 94 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	28. un v e r ä n d e r t
a) In Nummer 7 wird das Wort „Beratung“ durch die Wörter „Aufklärung und Auskunft“ ersetzt und werden nach dem Wort „Pflege“ die Wörter „sowie über deren Erbringer“ eingefügt.	
b) In Nummer 8 wird die Angabe „(§ 92c)“ durch die Angabe „(§ 7c)“ ersetzt.	
29. Nach § 95 Absatz 1 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:	29. un v e r ä n d e r t
„1a. die Information über die Erbringer von Leistungen der Prävention, Teilhabe sowie von Leistungen und Hilfen zur Pflege (§ 7),“.	
30. In § 97 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „§§ 18,“ die Angabe „38a,“ eingefügt.	30. un v e r ä n d e r t
31. In § 108 Satz 1 werden die Wörter „im jeweils letzten Geschäftsjahr“ durch die Wörter „in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor Antragstellung“ ersetzt.	31. un v e r ä n d e r t
32. § 113 wird wie folgt geändert:	32. § 113 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden die Wörter „Bundesvereinigung der“ gestrichen, werden nach den Wörtern „kommunalen Spitzenverbänden“ die Wörter „auf Bundesebene“ eingefügt, werden die Wörter „bis zum 31. März 2009 gemeinsam und einheitlich“ gestrichen, werden nach den Wörtern „behinderten Menschen“ die Wörter „nach Maßgabe von § 118“ eingefügt und werden die Wörter „Qualität und die Qualitätssicherung“ durch die Wörter „Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung“ ersetzt.	aa) un v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:	bb) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:
<p>„In den Vereinbarungen sind insbesondere auch Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation zu regeln. Die Anforderungen dürfen über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen. Die Maßstäbe und Grundsätze für die stationäre Pflege sind bis zum 30. Juni 2017, die Maßstäbe und Grundsätze für die ambulante Pflege bis zum 30. Juni 2018 zu vereinbaren. Sie sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen.“</p>	<p>„In den Vereinbarungen sind insbesondere auch Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation zu regeln. Die Anforderungen dürfen über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen und sollen den Aufwand für Pflegedokumentation in ein angemessenes Verhältnis zu den Aufgaben der pflegerischen Versorgung setzen. Die Maßstäbe und Grundsätze für die stationäre Pflege sind bis zum 30. Juni 2017, die Maßstäbe und Grundsätze für die ambulante Pflege bis zum 30. Juni 2018 zu vereinbaren. Sie sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Soweit sich in den Pflegeeinrichtungen zeitliche Einsparungen ergeben, die Ergebnis der Weiterentwicklung der Pflegedokumentation auf Grundlage des pflegefachlichen Fortschritts durch neue, den Anforderungen nach Satz 3 entsprechende Pflegedokumentationsmodelle sind, führen diese nicht zu einer Absenkung der Pflegevergütung, sondern wirken der Arbeitsverdichtung entgegen.“</p>
cc) Der neue Satz 8 wird aufgehoben.	cc) Der neue Satz 9 wird aufgehoben.
b) Nach Absatz 1 werden die folgenden Absätze 1a und 1b eingefügt:	b) u n v e r ä n d e r t
<p>„(1a) In den Maßstäben und Grundsätzen für die stationäre Pflege nach Absatz 1 ist insbesondere das indikatorengestützte Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht, zu beschreiben. Insbesondere sind die Indikatoren, das Datenerhebungsinstrument sowie die bundesweiten Verfahren für die Übermittlung, Auswertung und Bewertung der Daten sowie</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>die von Externen durchzuführende Prüfung der Daten festzulegen. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten, insbesondere sind personenbezogene Daten von Versicherten vor der Übermittlung an die fachlich unabhängige Institution nach Absatz 1b zu pseudonymisieren. Eine Wiederherstellung des Personenbezugs durch die fachlich unabhängige Institution nach Absatz 1b ist ausgeschlossen. Ein Datenschutzkonzept ist mit den zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörden abzustimmen. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit beschließen die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 unverzüglich die Vergabe der Aufträge nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und 2.</p>	
<p>(1b) Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution, die entsprechend den Festlegungen nach Absatz 1a erhobenen Daten zusammenzuführen sowie leistungserbringerbeziehbar und fallbeziehbar nach Maßgabe von Absatz 1a auszuwerten. Zum Zweck der Prüfung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach den §§ 114 und 114a sowie zum Zweck der Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a leitet die beauftragte Institution die Ergebnisse der nach Absatz 1a ausgewerteten Daten an die Landesverbände der Pflegekassen und die von ihnen beauftragten Prüfinstitutionen und Sachverständigen weiter; diese dürfen die übermittelten Daten zu den genannten Zwecken verarbeiten und nutzen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 vereinbaren diesbezüglich entsprechende Verfahren zur Weiterleitung der Daten. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind jeweils zu beachten.“</p>	
<p>c) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:</p>	<p>c) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>„Die am 1. Januar 2016 bestehenden Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege gelten bis zum Abschluss der Vereinbarungen nach Absatz 1 fort.“</p>	
<p>d) Absatz 3 wird aufgehoben.</p>	<p>d) u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
33. § 113a wird wie folgt geändert:	33. § 113a wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 3 wird das Komma und werden die Wörter „die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene“ gestrichen.	aa) In Satz 4 wird das Komma und werden die Wörter „die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene“ gestrichen.
bb) In Satz 4 werden nach dem Wort „Sie“ die Wörter „und die nach § 118 zu beteiligenden Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen“ eingefügt.	bb) In Satz 5 werden nach dem Wort „Sie“ die Wörter „und die nach § 118 zu beteiligenden Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen“ eingefügt.
cc) Die Sätze 6 und 7 werden aufgehoben.	cc) Die Sätze 7 und 8 werden aufgehoben.
b) Absatz 2 Satz 5 wird aufgehoben.	b) u n v e r ä n d e r t
34. § 113b wird wie folgt gefasst:	34. § 113b wird wie folgt gefasst:
„§ 113b	„§ 113b
Qualitätsausschuss	Qualitätsausschuss
(1) Die von den Vertragsparteien nach § 113 im Jahr 2008 eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung entscheidet als Qualitätsausschuss nach Maßgabe der Absätze 2 bis 8. Die Vertragsparteien nach § 113 treffen die Vereinbarungen und erlassen die Beschlüsse nach § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, den §§ 113, 113a <i>und</i> 115 Absatz 1a durch diesen Qualitätsausschuss.	(1) Die von den Vertragsparteien nach § 113 im Jahr 2008 eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung entscheidet als Qualitätsausschuss nach Maßgabe der Absätze 2 bis 8. Die Vertragsparteien nach § 113 treffen die Vereinbarungen und erlassen die Beschlüsse nach § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, den §§ 113, 113a, 115 Absatz 1a und § 115a Absatz 1 und 2 durch diesen Qualitätsausschuss.
(2) Der Qualitätsausschuss besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (Leistungsträger) und aus Vertretern der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (Leistungserbringer) in gleicher Zahl; Leistungsträger und Leistungserbringer können jeweils höchstens zehn Mitglieder entsenden. Dem Qualitätsausschuss gehören auch ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene an; sie werden auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. Dem Qualitätsausschuss kann auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. angehören; die Entscheidung hierüber obliegt dem Verband der	(2) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>privaten Krankenversicherung e. V. Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. ein Mitglied entsendet, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. Dem Qualitätsausschuss soll auch ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe angehören; er wird auf die Zahl der Leistungserbringer angerechnet. Eine Organisation kann nicht gleichzeitig der Leistungsträgerseite und der Leistungserbringerseite zugerechnet werden. Jedes Mitglied erhält eine Stimme; die Stimmen sind gleich zu gewichten. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wirkt in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, beratend mit. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, nach Maßgabe von § 118 beratend mit.</p>	
<p>(3) Kommt im Qualitätsausschuss eine Vereinbarung oder ein Beschluss nach Absatz 1 Satz 2 ganz oder teilweise nicht durch einvernehmliche Einigung zustande, so wird der Qualitätsausschuss auf Verlangen von mindestens einer Vertragspartei nach § 113, eines Mitglieds des Qualitätsausschusses oder des Bundesministeriums für Gesundheit um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (erweiterter Qualitätsausschuss). Sofern die Organisationen, die Mitglieder in den Qualitätsausschuss entsenden, nicht bis zum 31. März 2016 die Mitglieder nach Maßgabe von Absatz 2 Satz 1 benannt haben, wird der Qualitätsausschuss durch die drei unparteiischen Mitglieder gebildet. Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter führen ihr Amt als Ehrenamt. Der unparteiische Vorsitzende wird vom Bundesministerium für Gesundheit benannt; der Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam benannt. Mitglieder des Qualitätsausschusses können nicht als Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benannt werden. Kommt eine Einigung über die Benennung der unparteiischen Mitglieder nicht innerhalb einer</p>	<p>(3) u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Der erweiterte Qualitätsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Inhalt der Vereinbarungen oder der Beschlüsse der Vertragsparteien nach § 113 fest. Die Festsetzungen des erweiterten Qualitätsausschusses haben die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung oder Beschlussfassung im Sinne von § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, von den §§ 113, 113a und 115 Absatz 1a.	
(4) Die Vertragsparteien nach § 113 beauftragen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch den Qualitätsausschuss mit Unterstützung der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Diese wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständigen werden beauftragt, insbesondere	(4) Die Vertragsparteien nach § 113 beauftragen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch den Qualitätsausschuss mit Unterstützung der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Diese wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständigen werden beauftragt, insbesondere
1. bis zum 31. März 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der Leistungen, die von den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden, und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege zu entwickeln, wobei	1. u n v e r ä n d e r t
a) insbesondere die 2011 vorgelegten Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projektes Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe und die Ergebnisse der dazu durchgeführten Umsetzungsprojekte einzubeziehen sind und	
b) Aspekte der Prozess- und Strukturqualität zu berücksichtigen sind;	
2. bis zum 31. März 2017 auf der Grundlage der Ergebnisse nach Nummer 1 unter Beachtung des Prinzips der Datensparsamkeit ein bundesweites Datenerhebungsinstrument, bundesweite Verfahren für die Übermittlung und Auswertung der Daten einschließlich einer Bewertungssystematik sowie für die von Externen durchzuführende Prüfung der Daten zu entwickeln;	2. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. bis zum 30. Juni 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege zu entwickeln, eine anschließende Pilotierung durchzuführen und einen Abschlussbericht bis zum 31. März 2018 vorzulegen;	3. un verändert
4. <i>Module für die Befragung von Pflegebedürftigen als ergänzende Informationsquelle</i> für die Bewertung der Lebensqualität zu entwickeln;	4. ergänzende Instrumente für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität zu entwickeln;
5. die Umsetzung der nach den Nummern 1 bis 3 entwickelten Verfahren zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung wissenschaftlich zu evaluieren und den Vertragsparteien nach § 113 Vorschläge zur Anpassung der Verfahren an den neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu unterbreiten sowie	5. un verändert
6. ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln.	6. un verändert
Das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit können den Vertragsparteien nach § 113 weitere Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorschlagen.	Das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit können den Vertragsparteien nach § 113 weitere Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorschlagen.
(5) Die Finanzierung der Aufträge nach Absatz 4 erfolgt aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4. Bei der Bearbeitung der Aufträge nach Absatz 4 Satz 2 ist zu gewährleisten, dass die Arbeitsergebnisse umsetzbar sind. Der jeweilige Auftragnehmer hat darzulegen, zu welchen finanziellen Auswirkungen die Umsetzung der Arbeitsergebnisse führen wird. Den Arbeitsergebnissen ist diesbezüglich eine Praktikabilitäts- und Kostenanalyse beizufügen. Die Ergebnisse der Arbeiten nach Absatz 4 Satz 2 sind dem Bundesministerium für Gesundheit zur Kenntnisnahme vor der Veröffentlichung vorzulegen.	(5) un verändert
(6) Die Vertragsparteien nach § 113 richten gemeinsam bis zum 31. März 2016 eine unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses für die Dauer von fünf Jahren ein. Die Geschäftsstelle nimmt auch die Aufgaben einer wissenschaftlichen Beratungs- und Koordinie-	(6) un verändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>rungsstelle wahr. Sie soll insbesondere den Qualitätsausschuss und seine Mitglieder fachwissenschaftlich beraten, die Auftragsverfahren nach Absatz 4 koordinieren und die wissenschaftlichen Arbeitsergebnisse für die Entscheidungen im Qualitätsausschuss aufbereiten. Näheres zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der qualifizierten Geschäftsstelle regeln die Vertragsparteien nach § 113 in der Geschäftsordnung nach Absatz 7.</p>	
<p>(7) Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren in einer Geschäftsordnung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und mit den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen das Nähere zur Arbeitsweise des Qualitätsausschusses, insbesondere</p>	(7) u n v e r ä n d e r t
<p>1. zur Benennung der Mitglieder und der unparteiischen Mitglieder,</p>	
<p>2. zur Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung für den Zeitaufwand der unparteiischen Mitglieder,</p>	
<p>3. zum Vorsitz,</p>	
<p>4. zu den Beschlussverfahren,</p>	
<p>5. zur Errichtung einer qualifizierten Geschäftsstelle auch mit der Aufgabe als wissenschaftliche Beratungs- und Koordinierungsstelle nach Absatz 6,</p>	
<p>6. zur Sicherstellung der jeweiligen Auftragserteilung nach Absatz 4,</p>	
<p>7. zur Einbeziehung weiterer Sachverständiger oder Gutachter,</p>	
<p>8. zur Bildung von Arbeitsgruppen,</p>	
<p>9. zur Gewährleistung der Beteiligungs- und Mitberatungsrechte nach diesem Gesetz sowie</p>	
<p>10. zur Verteilung der Kosten für die Entschädigung der unparteiischen Mitglieder und der einbezogenen weiteren Sachverständigen und Gutachter.</p>	
<p>Die Geschäftsordnung und die Änderung der Geschäftsordnung sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Jugend zu genehmigen. Kommt die Geschäftsordnung nicht bis zum 29. Februar 2016 zustande, wird ihr Inhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bestimmt.	
(8) Die durch den Qualitätsausschuss getroffenen Entscheidungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann die Entscheidungen innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Prüfung vom Qualitätsausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Nichtbeanstandung von Entscheidungen kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. Kommen Entscheidungen des Qualitätsausschusses ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit den Inhalt der Vereinbarungen und der Beschlüsse nach Absatz 1 Satz 2 festsetzen. Bei den Verfahren nach den Sätzen 1 bis 6 setzt sich das Bundesministerium für Gesundheit mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ins Benehmen.“	(8) u n v e r ä n d e r t
35. Nach § 113b wird folgender § 113c eingefügt:	35. Nach § 113b wird folgender § 113c eingefügt:
„§ 113c	„§ 113c
Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen	Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen
(1) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicher. <i>Sie</i> beauftragen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige.	(1) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicher. Die Entwicklung und Erprobung ist bis zum 30. Juni 2020 abzuschließen. Es ist ein strukturiertes, empirisch abgesichertes und valides Verfahren für die Personalbemessung

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>in Pflegeeinrichtungen auf der Basis des durchschnittlichen Versorgungsaufwands für direkte und indirekte pflegerische Maßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung unter Berücksichtigung der fachlichen Ziele und Konzeption des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erstellen. Hierzu sind einheitliche Maßstäbe zu ermitteln, die insbesondere Qualifikationsanforderungen, quantitative Bedarfe und die fachliche Angemessenheit der Maßnahmen berücksichtigen. Die Vertragsparteien beauftragen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Hierbei sollen die Vertragsparteien von der unabhängigen qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 unterstützt werden.</p>
<p>(2) Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind zu beteiligen.</p>	<p>(2) Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene und die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen sind zu beteiligen. Für die Arbeitsweise der Vertragsparteien soll im Übrigen die Geschäftsordnung nach § 113b Absatz 7 entsprechende Anwendung finden.</p>
<p>(3) Die Vertragsparteien nach § 113 haben die Umsetzung der Aufgabe nach Absatz 1 bis zum 30. Juni 2020 sicherzustellen. Sollten sie sich bis zum 31. Dezember 2016 nicht über die Beauftragung gemäß Absatz 1 Satz 2 geeinigt haben, bestimmen das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend innerhalb von vier Monaten das Verfahren und die Inhalte der Beauftragung.“</p>	<p>(3) Das Bundesministerium für Gesundheit legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter Beteiligung der Vertragsparteien nach § 113 unverzüglich in einem Zeitplan konkrete Zeitziele für die Entwicklung, Erprobung und die Auftragsvergabe fest. Die Vertragsparteien nach § 113 sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen unverzüglich Auskunft über den Bearbeitungsstand der Entwicklung, Erprobung und der Auftragsvergabe sowie über Problembereiche und mögliche Lösungen zu geben.</p>
	<p>(4) Wird ein Zeitziel nach Absatz 3 nicht fristgerecht erreicht und ist deshalb die fristgerechte Entwicklung, Erprobung oder Auftragsvergabe gefährdet, kann das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einzelne Verfahrensschritte im Wege der Ersatzvornahme selbst durchführen. Haben die Vertragsparteien nach § 113 sich bis zum 31. Dezember 2016</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	nicht über die Beauftragung gemäß Absatz 1 Satz 2 geeinigt, bestimmen das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend innerhalb von vier Monaten das Verfahren und die Inhalte der Beauftragung.“
36. § 114 wird wie folgt geändert:	36. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 2 Satz 6 wird wie folgt gefasst:	
„Sie umfasst auch die Abrechnung der genannten Leistungen.“	
b) In Absatz 3 Satz 3 Nummer 3 wird das Komma und werden die Wörter „insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität,“ gestrichen.	
c) Absatz 4 wird aufgehoben.	
d) Absatz 5 wird Absatz 4 und wie folgt geändert:	
aa) In Satz 4 werden die Wörter „auf Kosten der Pflegeeinrichtung“ gestrichen.	
bb) Die Sätze 5 bis 7 werden aufgehoben.	
37. § 114a Absatz 7 wird wie folgt gefasst:	37. § 114a wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Satz 3 wird nach dem Wort „sind“ das Wort „grundsätzlich“ eingefügt und wird nach dem Wort „anzukündigen“ ein Semikolon und werden die Wörter „Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen“ eingefügt.
	b) Dem Absatz 3a werden die folgenden Sätze angefügt:
	„Ist ein Berechtigter nicht am Ort einer unangemeldeten Prüfung anwesend und ist eine rechtzeitige Einholung der Einwilligung in Textform nicht möglich, so genügt ausnahmsweise eine mündliche Einwilligung, wenn andernfalls die Durchführung der Prüfung erschwert würde. Die mündliche Einwilligung des Berechtigten sowie die Gründe für ein ausnahmsweises Abweichen von der erforderlichen Textform sind schriftlich zu dokumentieren.“
	c) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:
„(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der	u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. In den Richtlinien sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 zu berücksichtigen. Die Richtlinien für den stationären Bereich sind bis zum 31. Oktober 2017, die Richtlinien für den ambulanten Bereich bis zum 31. Oktober 2018 zu beschließen. Sie treten jeweils gleichzeitig mit der entsprechenden Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a in Kraft. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Richtlinien sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Sie sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung sind für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich.“</p>	
38. § 115 wird wie folgt geändert:	38. u n v e r ä n d e r t
a) Der Überschrift wird ein Komma und das Wort „Qualitätsdarstellung“ angefügt.	
b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 2 wird aufgehoben.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) In dem neuen Satz 2 wird die Angabe „oder 2“ gestrichen.	
c) Absatz 1a wird wie folgt gefasst:	
<p>„(1a) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren insbesondere auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 und der Richtlinien zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität für den ambulanten und den stationären Bereich zugrunde zu legen sind und inwieweit die Ergebnisse durch weitere Informationen ergänzt werden. In den Vereinbarungen sind die Ergebnisse der nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 bis 4 vergebenen Aufträge zu berücksichtigen. Die Vereinbarungen umfassen auch die Form der Darstellung einschließlich einer Bewertungssystematik (Qualitätsdarstellungsvereinbarungen). Bei Anlassprüfungen nach § 114 Absatz 5 bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind zeitnah zu berücksichtigen. Bei der Darstellung der Qualität ist die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung kenntlich zu machen. Das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind an gut sichtbarer Stelle in jeder Pflegeeinrichtung auszuhängen. Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für den stationären Bereich sind bis zum 31. Dezember 2017 und für den ambulanten Bereich bis zum 31. Dezem-</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>ber 2018 jeweils unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu schließen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen sind an den medizinisch-pflegfachlichen Fortschritt anzupassen. Bestehende Vereinbarungen gelten bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort; dies gilt entsprechend auch für die bestehenden Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik (Pflege-Transparenzvereinbarungen).“</p>	
<p>d) Dem Absatz 1b wird folgender Satz angefügt:</p>	
<p>„Die Landesverbände der Pflegekassen übermitteln die Informationen nach Satz 1 an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zum Zwecke der einheitlichen Veröffentlichung.“</p>	
<p>e) In Absatz 5 Satz 1 wird das Wort „Betreuung“ durch das Wort „Versorgung“ ersetzt.</p>	
	<p>38a. Nach § 115 wird folgender § 115a eingefügt:</p>
	<p style="text-align: center;">„§ 115a</p>
	<p style="text-align: center;">Übergangsregelung für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs-Richtlinien</p>
	<p>(1) Die Vertragsparteien nach § 113 passen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene die Pflege-Transparenzvereinbarungen an dieses Gesetz in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung an (überleitete Pflege-Transparenzvereinbarungen). Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Kommt bis zum 30. April 2016</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	keine einvernehmliche Einigung zustande, entscheidet der erweiterte Qualitätsausschuss nach § 113b Absatz 3 bis zum 30. Juni 2016. Die übergeleiteten Pflege-Transparenzvereinbarungen gelten ab 1. Januar 2017 bis zum Inkrafttreten der in § 115 Absatz 1a vorgesehenen Qualitätsdarstellungsvereinbarungen.
	(2) Schiedsstellenverfahren zu den Pflege-Transparenzvereinbarungen, die am 1. Januar 2016 anhängig sind, werden nach Maßgabe des § 113b Absatz 2, 3 und 8 durch den Qualitätsausschuss entschieden; die Verfahren sind bis zum 30. Juni 2016 abzuschließen.
	(3) Die Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 (Qualitätsprüfungs-Richtlinien) in der am 31. Dezember 2015 geltenden Fassung gelten nach Maßgabe der Absätze 4 und 5 bis zum Inkrafttreten der Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 fort und sind für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich.
	(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen passt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die Qualitätsprüfungs-Richtlinien unverzüglich an dieses Gesetz in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung an. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.
	<p>(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen passt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die nach Absatz 4 angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien bis zum 30. September 2016 an die nach Absatz 1 übergeleiteten und gegebenenfalls nach Absatz 2 geänderten Pflege-Transparenzvereinbarungen an. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und treten zum 1. Januar 2017 in Kraft.“</p>
39. § 117 wird wie folgt geändert:	39. un v e r ä n d e r t
a) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Satz 6“ gestrichen.	
b) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „und 2“ gestrichen.	
40. § 118 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 wird wie folgt gefasst:	40. § 118 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 wird wie folgt gefasst:
„1. der in § 17 Absatz 1, den §§ 18b und 114a Absatz 7 vorgesehenen Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen sowie	„1. der in § 17 Absatz 1, den §§ 18b, 114a Absatz 7 und § 115a Absatz 3 bis 5 vorgesehenen Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen sowie

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. der Vereinbarungen und Beschlüsse nach § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, den §§ 113, 113a und 115 Absatz 1a durch den Qualitätsausschuss nach § 113b“.	2. der Vereinbarungen und Beschlüsse nach § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, den §§ 113, 113a, 115 Absatz 1a sowie § 115a Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 durch den Qualitätsausschuss nach § 113b sowie der Vereinbarungen nach § 115a Absatz 1 Satz 1“.
41. Dem § 135 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:	41. u n v e r ä n d e r t
„Für die Berechnung des Abführungsbetrages wird der Beitragssatz gemäß § 55 Absatz 1 zugrunde gelegt.“	
Artikel 2	Artikel 2
Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch	Weitere Änderungen 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 Artikel 1 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 Artikel 1 geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:	1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
a) Die Angabe zu § 15 wird wie folgt gefasst:	a) u n v e r ä n d e r t
„§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument“.	
b) Die Angabe zu § 17a wird gestrichen.	b) Die Angabe zu § 17a wird gestrichen.
„§ 17a (weggefallen)“.	entfällt
c) Nach der Angabe zu § 28 wird die folgende Angabe zu § 28a eingefügt:	c) u n v e r ä n d e r t
„§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1“.	
d) Nach der Angabe zu § 43a wird die folgende Angabe zum Fünften Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels eingefügt:	d) u n v e r ä n d e r t
„Fünfter Titel Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen	
§ 43b Inhalt der Leistung“.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
e) Die Angabe zur Überschrift des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:	e) u n v e r ä n d e r t
„Fünfter Abschnitt Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag, Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts sowie der Selbsthilfe“.	
f) Die Angabe zu § 45a wird wie folgt gefasst:	f) u n v e r ä n d e r t
„§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung“.	
g) Die Angabe zu § 45b wird wie folgt gefasst:	g) u n v e r ä n d e r t
„§ 45b Entlastungsbetrag“.	
h) Die Angabe zu § 45c wird wie folgt gefasst:	h) u n v e r ä n d e r t
„§ 45c Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung“.	
i) Die Angabe zu § 45d wird wie folgt gefasst:	i) u n v e r ä n d e r t
„§ 45d Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung“.	
j) Nach der Angabe zu § 53b wird die folgende Angabe zu § 53c eingefügt:	j) u n v e r ä n d e r t
„§ 53c Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte“.	
k) Die Angabe zu § 87b wird gestrichen.	k) u n v e r ä n d e r t
l) Die Angabe zu § 122 wird wie folgt gefasst:	l) u n v e r ä n d e r t
„§ 122 (weggefallen)“.	
m) Die Angabe zu § 123 wird wie folgt gefasst:	m) u n v e r ä n d e r t
„§ 123 (weggefallen)“.	
n) Die Angabe zu § 124 wird wie folgt gefasst:	n) u n v e r ä n d e r t
„§ 124 (weggefallen)“.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
o) Folgende Angabe zum Fünfzehnten Kapitel wird angefügt:	o) u n v e r ä n d e r t
„Fünfzehntes Kapitel Überleitungs- und Übergangsrecht	
Erster Abschnitt Regelungen zur Rechtsanwendung im Über- gangszeitraum, zur Überleitung in die Pfl- egegrade, zum Besitzstandsschutz für Lei- stungen der Pflegeversicherung sowie Über- gangsregelungen im Begutachtungsverfah- ren im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes	
§ 140 Anzuwendendes Recht und Überlei- tung in die Pflegegrade	
§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangs- recht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen	
§ 142 Übergangsregelungen im Begutach- tungsverfahren	
§ 143 Sonderanpassungsrecht für die All- gemeinen Versicherungsbedingun- gen und die technischen Berech- nungsgrundlagen privater Pflege- versicherungsverträge.	
Zweiter Abschnitt Sonstige Überleitungs- und Übergangsrege- lungen	
§ 144 Überleitungs- und Übergangsrege- lungen, Verordnungsermächti- gung“.	
p) Die folgende Angabe zu den Anlagen 1 und 2 wird angefügt:	p) u n v e r ä n d e r t
„Anlage 1 (zu § 15) Einzelpunkte der Mo- dule 1 bis 6; Bildung der Summe der Einzelpunkte in je- dem Modul	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Anlage 2 (zu § 15) Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)“.	
2. In § 2 Absatz 1 Satz 2 wird nach dem Wort „Pflegebedürftigen“ ein Komma und werden die Wörter „auch in Form der aktivierenden Pflege,“ eingefügt.	2. un v e r ä n d e r t
3. In § 4 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung“ durch die Wörter „körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung“ ersetzt.	3. un v e r ä n d e r t
4. § 7 wird wie folgt geändert:	4. un v e r ä n d e r t
a) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „für niedrigschwellige Betreuung und Entlastung nach § 45c“ durch die Wörter „zur Unterstützung im Alltag nach § 45a“ ersetzt.	
b) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „für niedrigschwellige Betreuung und Entlastung“ durch die Wörter „zur Unterstützung im Alltag“ ersetzt.	
5. In § 8 Absatz 3 Satz 12 werden die Wörter „§ 45c Abs. 4 Satz 6“ durch die Wörter „§ 45c Absatz 5 Satz 6“ ersetzt.	5. un v e r ä n d e r t
	5a. In § 12 Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „Grundpflege“ durch die Wörter „häusliche Pflegehilfe“ ersetzt und werden die Wörter „sowie hauswirtschaftliche Versorgung“ gestrichen.
6. § 13 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:	6. un v e r ä n d e r t
„(2) Die Leistungen nach dem Fünften Buch einschließlich der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches bleiben unberührt. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches zu leisten sind.“	
7. Die §§ 14 bis 16 werden wie folgt gefasst:	7. Die §§ 14 bis 16 werden wie folgt gefasst:
„§ 14	„§ 14
Begriff der Pflegebedürftigkeit	Begriff der Pflegebedürftigkeit
(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähig-	(1) un v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>keiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.</p>	
<p>(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien:</p>	<p>(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien:</p>
<p>1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;</p>	<p>2. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;</p>	<p>3. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der</p>	<p>4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, <i>Besonderheiten bei Sondenernährung, Besonderheiten bei parenteraler Ernährung</i>, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;</p>	<p>Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;</p>
<p>5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:</p>	<p>5. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,</p>	
<p>b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,</p>	
<p>c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie</p>	
<p>d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;</p>	
<p>6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt,</p>	<p>6. u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.	
(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.	(3) u n v e r ä n d e r t
§ 15	§ 15
Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument	u n v e r ä n d e r t
(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.	
(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegfachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:	
1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,	
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,	
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,	
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.	
Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:	
1. Mobilität mit 10 Prozent,	
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,	
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,	
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,	
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.	
(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:	
1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,	
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,	
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,	
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.	
(4) 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. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.	
(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.	
(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.	
(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:	
1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,	
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,	
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.	
§ 16	§ 16
Verordnungsermächtigung	u n v e r ä n d e r t
<p>Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 zu erlassen. Es kann sich dabei von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen.“</p>	
8. § 17 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:	8. u n v e r ä n d e r t
<p>„(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Richtlinien zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 (Begutachtungs-Richtlinien). Er hat dabei die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe der nach § 118 Absatz 2 erlassenen Verordnung beratend mit. § 118 Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“</p>	
9. § 17a wird aufgehoben.	9. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
10. § 18 wird wie folgt geändert:	10. § 18 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden die Wörter „welche Stufe der Pflegebedürftigkeit“ durch die Wörter „welcher Pflegegrad“ ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:	bb) u n v e r ä n d e r t
„Im Rahmen dieser Prüfungen haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter durch eine Untersuchung des Antragstellers die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bei den in § 14 Absatz 2 genannten Kriterien nach Maßgabe des § 15 sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln.“	
	cc) Satz 3 wird aufgehoben.
b) Absatz 3 Satz 8 und 9 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:	b) u n v e r ä n d e r t
„Der Antragsteller ist bei der Begutachtung auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens insbesondere für eine umfassende Beratung, das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und für die Pflegeplanung hinzuweisen. Das Gutachten wird dem Antragsteller durch die Pflegekasse übersandt, sofern er der Übersendung nicht widerspricht. Das Ergebnis des Gutachtens ist transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens.“	
c) Absatz 3b wird wie folgt geändert:	c) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 2 wird das Wort „stationärer“ durch das Wort „vollstationärer“ ersetzt und werden die Wörter „als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt“ durch die Wörter „bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Folgender Satz wird angefügt:	
„Die Sätze 1 bis 3 finden vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017 keine Anwendung.“	
d) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:	d) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:
„(5a) Bei der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen. Mit diesen Informationen sollen eine umfassende Beratung und das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und eine individuelle Pflegeplanung sowie eine sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung ermöglicht werden. Hierbei ist im Einzelnen auf die nachfolgenden Kriterien abzustellen:	„(5a) Bei der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen. Mit diesen Informationen sollen eine umfassende Beratung und das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und eine individuelle Pflegeplanung sowie eine sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung ermöglicht werden. Hierbei ist im Einzelnen auf die nachfolgenden Kriterien abzustellen:
1. außerhäusliche Aktivitäten: Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung, Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr, Mitfahren in einem Kraftfahrzeug, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder Besuch einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes, Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen;	1. u n v e r ä n d e r t
2. Haushaltsführung: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten, aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen <i>und</i> Behördenangelegenheiten.	2. Haushaltsführung: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten, aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten.
Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ermächtigt, in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die in Satz 3 genannten Kriterien	Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ermächtigt, in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die in Satz 3 genannten Kriterien

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
pflegefachlich unter Berücksichtigung der Ziele nach Satz 2 zu konkretisieren.“	pflegefachlich unter Berücksichtigung der Ziele nach Satz 2 zu konkretisieren.“
	e) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 6a eingefügt:
	<p>„(6a) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben gegenüber der Pflegekasse in ihrem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlungen gelten hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen von § 40 dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. Die Zustimmung erfolgt gegenüber dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Begutachtungsfeld schriftlich dokumentiert. Bezüglich der empfohlenen Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Bis zum 31. Dezember 2020 wird auch die Erforderlichkeit der empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 dienen, nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet; insofern bedarf es keiner ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches. Welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne von Satz 2 den Zielen von § 40 dienen, wird in den Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 konkretisiert. Dabei ist auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 des Fünften Buches über die Verordnung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen. Die Pflegekasse übermittelt dem Antragsteller unverzüglich die Entscheidung über die empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel.“</p>
11. § 19 wird wie folgt geändert:	11. entfällt
a) In Satz 2 werden die Wörter „14 Stunden wöchentlich“ durch die Wörter „zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche,“ ersetzt.	11. In § 19 Satz 2 werden die Wörter „14 Stunden wöchentlich“ durch die Wörter „zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche,“ ersetzt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Folgender Satz wird angefügt:	b) entfällt
„Es wird vermutet, dass Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne von § 14 mit gemäß § 15 festgestelltem Pflegegrad 1 in seiner häuslichen Umgebung pflegen, weniger als zehn Stunden wöchentlich pflegen.“	
12. In § 23 Absatz 6 Nummer 1 werden die Wörter „einer Pflegestufe“ durch die Wörter „einem Pflegegrad“ ersetzt.	12. u n v e r ä n d e r t
13. § 28 wird wie folgt geändert:	13. § 28 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	a) u n v e r ä n d e r t
aa) Nach Nummer 9 wird folgende Nummer 9a eingefügt:	
„9a. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b),“.	
bb) Nach Nummer 12 wird folgende Nummer 12a eingefügt:	
„12a. Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45a),“.	
cc) Nummer 13 wird wie folgt gefasst:	
„13. Entlastungsbetrag (§ 45b),“.	
b) Absatz 1b Satz 2 wird aufgehoben.	b) u n v e r ä n d e r t
c) Absatz 4 wird aufgehoben.	c) u n v e r ä n d e r t
	d) Absatz 5 wird Absatz 4.
14. Nach § 28 wird folgender § 28a eingefügt:	14. u n v e r ä n d e r t
„§ 28a	
Leistungen bei Pflegegrad 1	
(1) Abweichend von § 28 Absatz 1 und 1a gewährt die Pflegeversicherung bei Pflegegrad 1 folgende Leistungen:	
1. Pflegeberatung gemäß den §§ 7a und 7b,	
2. Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3,	
3. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
4. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Absatz 1 bis 3 und 5,	
5. finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes gemäß § 40 Absatz 4,	
6. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b,	
7. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45.	
(2) Zudem gewährt die Pflegeversicherung den Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 in Höhe von 125 Euro monatlich. Dieser kann gemäß § 45b im Wege der Erstattung von Kosten eingesetzt werden, die dem Versicherten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege, von Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 sowie von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 und 2 entstehen.	
(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, gewährt die Pflegeversicherung gemäß § 43 Absatz 3 einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.“	
15. § 33 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	15. § 33 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
a) In Satz 4 werden die Wörter „einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie“ durch die Wörter „einem Pflegegrad und“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
	b) In Satz 5 werden die Wörter „des Hilfebedarfs“ durch die Wörter „der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“ ersetzt.
b) In Satz 6 werden die Wörter „einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie“ durch die Wörter „einem Pflegegrad und“ ersetzt.	c) u n v e r ä n d e r t
c) In Satz 8 werden die Wörter „welcher Pflegestufe“ durch die Wörter „welchem Pflegegrad“ ersetzt.	d) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
16. § 34 Absatz 2 wird wie folgt geändert:	16. un verändert
a) In Satz 1 werden die Wörter „Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht“ durch die Wörter „Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht“ ersetzt.	
b) In Satz 2 werden die Wörter „Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung“ durch die Wörter „Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht,“ ersetzt.	
17. § 36 wird wie folgt gefasst:	17. § 36 wird wie folgt gefasst:
„§ 36	„§ 36
Pflegesachleistung	Pflegesachleistung
(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.	(1) un verändert
(2) Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern.	(2) Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegfachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere
	1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
	2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie
	3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.
(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat	(3) unverändert
1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 689 Euro,	
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 298 Euro,	
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 612 Euro,	
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 995 Euro.	
(4) Häusliche Pflegehilfe ist auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie ist nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden. Mehrere Pflegebedürftige können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.“	(4) unverändert
18. § 37 wird wie folgt geändert:	18. unverändert
a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:	
„(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,	
2. 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,	
3. 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,	
4. 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.“	
b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	
aaa) In Nummer 1 werden die Wörter „Pflegestufe I und II“ durch die Wörter „Pflegegrad 2 und 3“ ersetzt.	
bbb) In Nummer 2 wird die Angabe „Pflegestufe III“ durch die Wörter „Pflegegrad 4 und 5“ ersetzt.	
bb) Die Sätze 4 bis 6 werden wie folgt gefasst:	
„Sie beträgt in den Pflegegraden 2 und 3 bis zu 23 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch abzurufen; die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegegrade 2 und 3 nach Satz 4. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; für die Vergütung der Beratung gelten die Sätze 3 bis 5.“	
cc) Satz 7 wird aufgehoben.	
c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	
„Die Vertragsparteien nach § 113 beschließen gemäß § 113b bis zum 1. Januar 2018 unter Beachtung der in Absatz 4 festgelegten Anforderungen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	
„Fordert das Bundesministerium für Gesundheit oder eine Vertragspartei nach § 113 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Vertragsparteien schriftlich zum Beschluss neuer Empfehlungen nach Satz 1 auf, sind diese innerhalb von sechs Monaten nach Eingang der Aufforderung neu zu beschließen.“	
d) Absatz 7 Satz 4 wird aufgehoben.	
19. In § 38 Satz 1 wird die Angabe „Abs. 3 und 4“ durch die Angabe „Absatz 3“ ersetzt.	19. u n v e r ä n d e r t
20. § 38a Absatz 1 wird wie folgt geändert:	20. § 38a Absatz 1 wird wie folgt geändert:
a) Der bisherige Wortlaut wird Satz 1 und wie folgt geändert:	a) Der bisherige Wortlaut wird Satz 1 und wie folgt geändert:
aa) Im Satzteil vor der Aufzählung wird die Angabe „205 Euro“ durch die Angabe „214 Euro“ ersetzt.	aa) u n v e r ä n d e r t
bb) In Nummer 1 werden die Wörter „oder eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz nach § 45a bei ihnen festgestellt wurde“ gestrichen.	bb) u n v e r ä n d e r t
cc) In Nummer 2 wird die Angabe „45b oder § 123“ durch die Angabe „45a oder § 45b“ ersetzt.	cc) u n v e r ä n d e r t
dd) In Nummer 3 werden die Wörter „von den Mitgliedern“ durch die Wörter „durch die Mitglieder“ ersetzt.	dd) u n v e r ä n d e r t
ee) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:	ee) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:
„4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet (<i>anbieterverantwortete ambulante betreute Wohngruppe</i>), die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen; der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die	„4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen; der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass dieser Leistungsumfang von ihm oder einem Dritten <i>in der Wohngruppe</i> nicht erbracht wird, sondern die Versorgung in der Wohngruppe auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfeldes sichergestellt werden kann.“	dass dieser Leistungsumfang von ihm oder einem Dritten nicht erbracht wird, sondern die Versorgung in der Wohngruppe auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfeldes sichergestellt werden kann.“
b) Folgender Satz wird angefügt:	b) u n v e r ä n d e r t
„Leistungen der Tages- und Nachtpflege gemäß § 41 können neben den Leistungen nach dieser Vorschrift nur in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist; dies gilt entsprechend für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung.“	
21. In § 39 Absatz 1 Satz 2 werden <i>nach</i> dem Wort „ <i>dass</i> “ die Wörter „der Pflegebedürftige mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist <i>und</i> “ eingefügt.	21. In § 39 Absatz 1 Satz 2 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „ und der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist“ eingefügt.
22. § 41 wird wie folgt geändert:	22. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Pflegebedürftige“ die Wörter „der Pflegegrade 2 bis 5“ eingefügt.	
b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:	
„(2) Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst je Kalendermonat	
1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 einen Gesamtwert bis zu 689 Euro,	
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 einen Gesamtwert bis zu 1 298 Euro,	
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 einen Gesamtwert bis zu 1 612 Euro,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 einen Gesamtwert bis zu 1 995 Euro.“	
c) In Absatz 3 werden nach dem Wort „Pflegebedürftige“ die Wörter „der Pflegegrade 2 bis 5“ eingefügt.	
23. § 42 wird wie folgt geändert:	23. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „besteht“ die Wörter „für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5“ eingefügt.	
b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:	
„Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 612 Euro im Kalenderjahr.“	
24. § 43 wird wie folgt geändert:	24. § 43 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „Pflegebedürftige“ die Wörter „der Pflegegrade 2 bis 5“ eingefügt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) <i>Absatz 2 Satz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:</i>	b) Die Absätze 2 bis 4 werden durch die folgenden Absätze 2 und 3 ersetzt:
„Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat	„ (2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat
1. 770 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,	1. u n v e r ä n d e r t
2. 1 262 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,	2. u n v e r ä n d e r t
3. 1 775 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,	3. u n v e r ä n d e r t
4. 2 005 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.“	4. u n v e r ä n d e r t
	(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, er-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	halten sie für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.“
c) Die Absätze 3 und 4 werden wie folgt gefasst:	c) entfällt
„(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.	
(4) Wählen Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 vollstationäre Pflege, obwohl diese nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist, erhalten sie für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 80 Prozent des in Absatz 2 Satz 2 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Gesamtwertes. Entsprechendes gilt für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 für den in Absatz 3 genannten Betrag. Der für die Pflegegrade 2 bis 5 nach § 84 Absatz 2 Satz 3 vorgesehene einheitliche Eigenanteil erhöht sich in diesen Fällen entsprechend.“	
	c) Absatz 5 wird Absatz 4.
25. In § 43a Satz 1 werden nach dem Wort „Pflegebedürftige“ die Wörter „der Pflegegrade 2 bis 5“ eingefügt.	25. u n v e r ä n d e r t
26. Nach § 43a wird folgender Fünfter Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels eingefügt:	26. u n v e r ä n d e r t
„Fünfter Titel	
Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen	
§ 43b	
Inhalt der Leistung	
Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen haben nach Maßgabe von § 84 Absatz 8 und § 85 Absatz 8 Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.“	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
27. § 44 wird wie folgt geändert:	27. § 44 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:	a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
<p>„(1) Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 170 Absatz 1 Nummer 6 des Sechsten Buches genannten Stellen Beiträge nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder ein anderer von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter ermittelt im Einzelfall, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht (Mehrfachpflege), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflegetätigkeit insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) ermittelt. <i>Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung werden bei Mehrfachpflege nur entrichtet, wenn die jeweilige Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand mindestens 30 Prozent umfasst (Mindestpflegeaufwand). Be trägt der prozentuale Anteil nicht mindestens 30 Prozent des Gesamtpflegeaufwandes, er fragt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder ein anderer von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter, ob die Pflegeperson weitere pflegebedürftige pflegt. Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung werden nur entrichtet, wenn sich die Anteile am jeweiligen Gesamtpflegeaufwand insgesamt auf einen Wert von mindestens 30 Prozentpunkten summieren (addierter Mindestpflegeaufwand).</i> Die Feststellungen zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft die für</p>	<p>„(1) Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 170 Absatz 1 Nummer 6 des Sechsten Buches genannten Stellen Beiträge nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder ein anderer von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter ermittelt im Einzelfall, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht (Mehrfachpflege), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflegetätigkeit insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) ermittelt. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt. Werden keine oder keine übereinstimmenden Angaben gemacht, erfolgt eine Aufteilung zu gleichen Teilen. Die Feststellungen zu den Pflegezeiten und zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft die für die Pflegeleistungen nach diesem Buch zuständige Stelle. Diese Feststellungen sind der Pflegeperson auf Wunsch zu übermitteln.“</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
die Pflegeleistungen nach diesem Buch zuständige Stelle. Diese Feststellungen sind der Pflegeperson auf Wunsch zu übermitteln.“	
b) In Absatz 2 werden die Wörter „Satz 1 und 2“ gestrichen.	b) u n v e r ä n d e r t
c) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a und 2b eingefügt:	c) u n v e r ä n d e r t
<p>„(2a) Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, nach Maßgabe des § 2 Absatz 1 Nummer 17 des Siebten Buches in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen.</p>	
<p>(2b) Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, nach Maßgabe des § 26 Absatz 2b des Dritten Buches nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 347 Nummer 10 Buchstabe c des Dritten Buches genannten Stellen entrichten für die Pflegepersonen Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit. Näheres zu den Beiträgen und zum Verfahren regeln die §§ 345, 347 und 349 des Dritten Buches.“</p>	
d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	d) u n v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Unfallversicherung“ die Wörter „sowie nach dem Dritten Buch“ und nach dem Wort „Unfallversicherungsträgern“ die Wörter „sowie der Bundesagentur für Arbeit“ eingefügt.	
bb) Satz 2 wird wie folgt geändert:	
aaa) In Nummer 7 werden die Wörter „die Pflegestufe“ durch die Wörter „den Pflegegrad“ ersetzt.	
bbb) In Nummer 8 werden die Wörter „unter Berücksichtigung des Umfangs der Pflegetätigkeit“ gestrichen und wird nach	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
der Angabe „§ 166“ die Angabe „Absatz 2“ eingefügt.	
cc) In Satz 3 werden nach dem Wort „Unfallversicherung“ die Wörter „sowie mit der Bundesagentur für Arbeit“ eingefügt.	
e) Absatz 5 Satz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:	e) u n v e r ä n d e r t
<p>„Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben in den Fällen, in denen eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegt, der Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge hat, und für die die Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung nach § 170 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe c des Sechsten Buches oder an die Bundesagentur für Arbeit nach § 347 Nummer 10 Buchstabe c des Dritten Buches anteilig getragen werden, im Antragsverfahren auf Leistungen der Pflegeversicherung von dem Pflegebedürftigen die zuständige Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder den Dienstherrn unter Hinweis auf die beabsichtigte Weiterleitung der in Satz 2 genannten Angaben an diese Stelle zu erfragen. Der angegebenen Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn sind bei Feststellung der Beitragspflicht sowie bei Änderungen in den Verhältnissen des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson, insbesondere bei einer Änderung des Pflegegrades, einer Unterbrechung der Pflegetätigkeit oder einem Wechsel der Pflegeperson, die in Absatz 3 Satz 2 genannten Angaben mitzuteilen.“</p>	
f) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:	f) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:
<p>„(6) Für Pflegepersonen, bei denen die Mindeststundenzahl von zehn Stunden wöchentlicher Pflege, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, <i>sowie der Mindestpflegeaufwand von 30 Prozentpunkten</i> nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird, haben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Bundesagentur für Arbeit das Verfahren und die Mitteilungspflichten zwischen den an einer Addition von Pflegezeiten</p>	<p>„(6) Für Pflegepersonen, bei denen die Mindeststundenzahl von zehn Stunden wöchentlicher Pflege, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird, haben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Bundesagentur für Arbeit das Verfahren und die Mitteilungspflichten zwischen den an einer Addition von Pflegezeiten und Pflegeauf-</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>und Pflegeaufwänden beteiligten Pflegekassen und Versicherungsunternehmen durch Vereinbarung zu regeln. Die Pflegekassen und Versicherungsunternehmen dürfen die in Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 bis 3 und 6 und, soweit dies für eine sichere Identifikation der Pflegeperson erforderlich ist, die in den Nummern 4 und 5 genannten Daten sowie die Angabe des zeitlichen und prozentualen Umfangs der Pfl egetätigkeit der Pflegeperson an andere Pflegekassen und Versicherungsunternehmen, die an einer Addition von Pflegezeiten und Pflegeaufwänden beteiligt sind, zur Überprüfung der Voraussetzungen der Rentenversicherungspflicht oder der Versicherungspflicht nach dem Dritten Buch der Pflegeperson übermitteln und ihnen übermittelte Daten verarbeiten und nutzen.“</p>	<p>wänden beteiligten Pflegekassen und Versicherungsunternehmen durch Vereinbarung zu regeln. Die Pflegekassen und Versicherungsunternehmen dürfen die in Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 bis 3 und 6 und, soweit dies für eine sichere Identifikation der Pflegeperson erforderlich ist, die in den Nummern 4 und 5 genannten Daten sowie die Angabe des zeitlichen Umfangs der Pfl egetätigkeit der Pflegeperson an andere Pflegekassen und Versicherungsunternehmen, die an einer Addition von Pflegezeiten und Pflegeaufwänden beteiligt sind, zur Überprüfung der Voraussetzungen der Rentenversicherungspflicht oder der Versicherungspflicht nach dem Dritten Buch der Pflegeperson übermitteln und ihnen übermittelte Daten verarbeiten und nutzen.“</p>
28. § 44a Absatz 2 wird aufgehoben.	28. u n v e r ä n d e r t
29. Der Fünfte Abschnitt des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:	29. Der Fünfte Abschnitt des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:
„Fünfter Abschnitt	„Fünfter Abschnitt
<p>Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag, Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts sowie der Selbsthilfe</p>	<p>Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag, Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts sowie der Selbsthilfe</p>
§ 45a	§ 45a
<p>Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung</p>	<p>Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung</p>
<p>(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind</p>	<p>(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind</p>
1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder	1. u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),	
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),	2. u n v e r ä n d e r t
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).	3. u n v e r ä n d e r t
Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.	Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts. Durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag können auch mehrere der in Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Bereiche abgedeckt werden. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.
(2) Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten	(2) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert werden. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.</p>	
<p>(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen. Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen sie die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.</p>	(3) u n v e r ä n d e r t
<p>(4) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Satz 1 genannten Leistungen entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante</p>	<p>(4) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Satz 1 genannten Leistungen entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 und 8 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Möglichkeit zur anteiligen Verwendung der in § 36 für den Bezug ambulanter Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbeträge auch für Leistungen nach Landesrecht anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag nach den Sätzen 1 bis 6 spätestens bis zum 31. Dezember 2018.</p>	<p>Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 und 8 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Möglichkeit zur anteiligen Verwendung der in § 36 für den Bezug ambulanter Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbeträge auch für Leistungen nach Landesrecht anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag nach den Sätzen 1 bis 6 spätestens bis zum 31. Dezember 2018. Die Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.</p>
§ 45b	§ 45b
Entlastungsbetrag	u n v e r ä n d e r t
<p>(1) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegenden sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von</p>	
1. Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,	
2. Leistungen der Kurzzeitpflege,	
3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,	
4. Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der in Satz 3 genannten Leistungen Mittel der Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden.	
(2) Die Pflegebedürftigen erhalten die Kostenerstattung in Höhe des Entlastungsbetrags nach Absatz 1 auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefeststellungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 Satz 3 genannten Leistungen. Die Leistung nach Absatz 1 Satz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.	
§ 45c	§ 45c
Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung	Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung
(1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte und zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr	(1) u n v e r ä n d e r t
1. den Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a,	
2. den Auf- und Ausbau und die Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen sowie	
3. Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige sowie andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf.	
Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 Prozent des in Satz 1 genannten Fördervolumens.	
<p>(2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der in Absatz 1 genannten Zwecke durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 50 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.</p>	(2) u n v e r ä n d e r t
<p>(3) Die Förderung des Auf- und Ausbaus von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erfolgt als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlich tätigen Helfenden zu finanzieren sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Helfenden durch Fachkräfte verbunden sind. Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Angebots beizufügen. Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert sind.</p>	(3) u n v e r ä n d e r t
<p>(4) Die Förderung des Auf- und Ausbaus und der Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfolgt zur Förderung von Initiativen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen zum Ziel gesetzt haben.</p>	(4) u n v e r ä n d e r t
<p>(5) Im Rahmen der Modellförderung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der erforderlichen Hilfen für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige und andere Gruppen</p>	(5) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf, in einzelnen Regionen erprobt werden. Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Für die Modellvorhaben sind eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.</p>	
<p>(6) Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können in das Folgejahr übertragen werden.</p>	(6) u n v e r ä n d e r t
<p>(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die in Absatz 1 genannten Zwecke. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Soweit Belange des Ehrenamts betroffen sind, erteilt das Bundesministerium für Gesundheit seine Zustimmung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.</p>	(7) u n v e r ä n d e r t
<p>(8) Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der</p>	(8) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Pflegeversicherung (§ 65) überwiesen werden. Näheres über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel, die aus dem Ausgleichsfonds zu finanzieren sind, sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen regeln das Bundesversicherungsamt, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. durch Vereinbarung.</p>	
	<p>(9) Zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen können die in Absatz 1 genannten Mittel auch für die Beteiligung von Pflegekassen an regionalen Netzwerken verwendet werden, die der strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren dienen, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen. Die Förderung der strukturierten regionalen Zusammenarbeit erfolgt, indem sich die Pflegekassen einzeln oder gemeinsam im Wege einer Anteilsfinanzierung an den netzwerkbedingten Kosten beteiligen. Je Kreis oder kreisfreier Stadt darf der Förderbetrag dabei 20 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. Den Kreisen und kreisfreien Städten, Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Sinne des § 45d sowie organisierten Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen im Sinne des Absatzes 4 ist in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet die Teilnahme an der geförderten strukturierten regionalen Zusammenarbeit zu ermöglichen. Für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, gelten die Sätze 1 bis 4 entsprechend. Absatz 7 Satz 1 bis 4 und Absatz 8 finden entsprechende Anwendung. Die Absätze 2 und 6 finden keine Anwendung.</p>
§ 45d	§ 45d
Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung	u n v e r ä n d e r t
Je Versichertem werden 0,10 Euro je Kalenderjahr verwendet zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisatio-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>nen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt haben. Dabei werden die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren entsprechend angewendet. Selbsthilfegruppen sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder auf Grund eigener Betroffenheit oder als Angehörige das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern. Selbsthilfeorganisationen sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen in Verbänden. Selbsthilfekontaktstellen sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern. Eine Förderung der Selbsthilfe nach dieser Vorschrift ist ausgeschlossen, soweit für dieselbe Zweckbestimmung eine Förderung nach § 20h des Fünften Buches erfolgt. § 45c Absatz 7 Satz 5 gilt entsprechend.“</p>	
<p>30. In § 46 Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „3,5 vom Hundert“ durch die Angabe „3,2 Prozent“ ersetzt.</p>	<p>30. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>31. Nach § 53b wird folgender § 53c eingefügt:</p> <p style="text-align: center;">„§ 53c</p>	<p>31. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte</p>	
<p>Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte für die Leistungen nach § 43b Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in stationären Pflegeeinrichtungen zu beschließen. Er hat hierzu die Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten. Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die stationären Pflegeeinrichtungen erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
für Gesundheit wirksam. § 17 Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“	
32. In § 55 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2,35 Prozent“ durch die Angabe „2,55 Prozent“ ersetzt.	32. un verändert
33. Dem § 65 wird folgender Absatz 4 angefügt:	33. un verändert
„(4) Die dem Bundesversicherungsamt bei der Verwaltung des Ausgleichsfonds entstehenden Kosten werden durch die Mittel des Ausgleichsfonds gedeckt. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen, die Näheres zu der Erstattung der Verwaltungskosten regeln.“	
	33a. In § 71 Absatz 1 werden die Wörter „pflegen und hauswirtschaftlich“ durch die Wörter „mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36“ ersetzt.
34. § 75 Absatz 3 wird wie folgt geändert:	34. un verändert
a) In Satz 4 Nummer 1 wird das Wort „Pflegestufen“ durch das Wort „Pflegegrad“ ersetzt.	
b) Satz 5 wird aufgehoben.	
	34a. § 77 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
	aa) In Satz 1 werden die Wörter „häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung“ durch die Wörter „körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36“ ersetzt.
	bb) In Satz 3 werden die Wörter „Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie für Betreuungsleistungen“ durch die Wörter „häuslichen Pflegehilfe“ ersetzt.
	cc) In Satz 4 werden die Wörter „Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung“ durch das Wort „Pflegehilfe“ ersetzt.
	b) In Absatz 2 werden die Wörter „häuslichen Pflege“ durch die Wörter „körperbe-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	zogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36“ ersetzt.
35. § 82 Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:	35. u n v e r ä n d e r t
„Sie umfasst auch die Betreuung und, soweit bei stationärer Pflege kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, die medizinische Behandlungspflege.“	
36. § 84 wird wie folgt geändert:	36. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „soziale“ gestrichen.	
b) Absatz 2 Satz 2 und 3 wird wie folgt gefasst:	
„Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, entsprechend den fünf Pflegegraden einzuteilen. Davon ausgehend sind in der vollstationären Pflege für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln; dieses gilt auch bei Änderungen der Leistungsbeträge nach § 43 Absatz 2.“	
c) Folgender Absatz 8 wird angefügt:	
„(8) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Leistungen nach § 43b. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen abgegolten. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.“	
37. Dem § 85 wird folgender Absatz 8 angefügt:	37. § 85 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:
	„(7) Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen der Annahmen, die der Vereinbarung oder Festsetzung der Pflegesätze zugrunde lagen, sind die Pfe-

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>gesätze auf Verlangen einer Vertragspartei für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu verhandeln. Dies gilt insbesondere bei einer erheblichen Abweichung der tatsächlichen Bewohnerstruktur. Die Absätze 3 bis 6 gelten entsprechend. Im Fall von Satz 2 kann eine Festsetzung der Pflegesätze durch die Schiedsstelle abweichend von Satz 3 in Verbindung mit Absatz 5 Satz 1 bereits nach einem Monat beantragt werden.“</p>
	<p>b) Folgender Absatz 8 wird angefügt:</p>
<p>„(8) Die Vereinbarung des Vergütungszuschlages nach § 84 Absatz 8 erfolgt auf der Grundlage, dass</p>	<p>„(8) un verändert</p>
<p>1. die stationäre Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen über zusätzliches Betreuungspersonal, in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,</p>	
<p>2. in der Regel für jeden Pflegebedürftigen 5 Prozent der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und</p>	
<p>3. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige nicht erbracht wird.</p>	
<p>Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind von der stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des stationären Pflegevertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinzuweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot besteht. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.“</p>	
<p>38. § 87a wird wie folgt geändert:</p>	<p>38. un verändert</p>
<p>a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:</p>	
<p>aa) In Satz 1 werden die Wörter „einer höheren Pflegestufe“ durch die Wörter „einem höheren Pflegegrad“ ersetzt.</p>	
<p>bb) In Satz 3 werden die Wörter „der nächsthöheren Pflegeklasse“ durch die</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Wörter „dem nächsthöheren Pflegegrad“ ersetzt.	
cc) In Satz 4 werden die Wörter „eine höhere Pflegestufe“ durch die Wörter „einen höheren Pflegegrad“ ersetzt.	
b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	
„Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 2 952 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 ist.“	
bb) In Satz 3 werden die Wörter „eine höhere Pflegestufe oder von nicht erheblicher zu erheblicher Pflegebedürftigkeit“ durch die Wörter „einen höheren Pflegegrad oder wieder als pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15“ ersetzt.	
39. § 87b wird aufgehoben.	39. un v e r ä n d e r t
40. § 89 wird wie folgt geändert:	40. un v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung“ durch die Wörter „Leistungen der häuslichen Pflegehilfe“ ersetzt.	
b) Absatz 3 Satz 3 wird aufgehoben.	
41. § 90 wird wie folgt geändert:	41. un v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen“ durch die Wörter „Leistungen der häuslichen Pflegehilfe“ ersetzt.	
b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung“ durch die Wörter „Leistungen der häuslichen Pflegehilfe“ ersetzt.	
42. In § 94 Absatz 1 Nummer 3 wird die Angabe „(§§ 4 und 28)“ durch die Angabe „(§§ 4, 28 und 28a)“ ersetzt.	42. un v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
43. § 109 wird wie folgt geändert:	43. un verändert
a) In Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 werden die Wörter „und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ gestrichen.	
b) In Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 werden nach dem Wort „Helfer“ die Wörter „sowie Angebote zur Unterstützung im Alltag“ eingefügt.	
44. In § 112 Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „soziale“ gestrichen.	44. un verändert
45. In § 114 Absatz 2 Satz 5 wird das Wort „sozialen“ gestrichen und wird die Angabe „§ 87b“ durch die Angabe „§ 43b“ ersetzt.	45. un verändert
	45a. § 120 wird wie folgt geändert:
	a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Leistungen, zu pflegen und hauswirtschaftlich“ durch die Wörter „Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36“ ersetzt.
	b) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen“ durch die Wörter „Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36“ ersetzt.
46. Die §§ 122 bis 124 werden aufgehoben.	46. un verändert
47. In § 125 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „nach § 124“ gestrichen.	47. un verändert
48. In § 126 Satz 2 werden die Wörter „Leistungen nach § 123 oder“ gestrichen.	48. un verändert
49. § 127 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:	49. un verändert
a) In Nummer 4 werden die Wörter „für jeder in § 15 aufgeführten Pflegestufen, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für die in § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 aufgeführte Pflegestufe III, sowie bei Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a einen Anspruch auf Aufzahlung von Geldleistungen vorsieht“ durch die Wörter „für jeden der in § 15 Absatz 3 und 7 aufgeführten Pflegegrade, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für Pflegegrad 5, vorsieht“ ersetzt.	
b) In Nummer 5 werden die Wörter „der Pflegestufe“ durch die Wörter „des Pflegegrades“ ersetzt und werden die Wörter „sowie den Feststellungen über das Vorliegen von	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a“ gestrichen.	
50. Folgendes Fünfzehntes Kapitel wird angefügt:	50. Folgendes Fünfzehntes Kapitel wird angefügt:
„Fünfzehntes Kapitel	„Fünfzehntes Kapitel
Überleitungs- und Übergangsrecht	Überleitungs- und Übergangsrecht
Erster Abschnitt	Erster Abschnitt
Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung sowie Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs	Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung sowie Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs
§ 140	§ 140
Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade	Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade
(1) Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfolgt jeweils auf der Grundlage des zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts. Der Erwerb einer Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Pflegeversicherung richtet sich ebenfalls nach dem zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Recht.	(1) u n v e r ä n d e r t
(2) Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung,	(2) u n v e r ä n d e r t
1. bei denen das Vorliegen einer Pflegestufe im Sinne der §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt worden ist und	
2. bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung der Pflegeversicherung vorliegen,	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>werden mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung nach Maßgabe von Satz 3 einem Pflegegrad zugeordnet. Die Zuordnung ist dem Versicherten schriftlich mitzuteilen. Für die Zuordnung gelten die folgenden Kriterien:</p>	
<p>1. Versicherte, bei denen eine Pflegestufe nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, aber nicht zusätzlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, werden übergeleitet</p>	
<p>a) von Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,</p>	
<p>b) von Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,</p>	
<p>c) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 4 oder</p>	
<p>d) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 5, soweit die Voraussetzungen für Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurden;</p>	
<p>2. Versicherte, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, werden übergeleitet</p>	
<p>a) bei nicht gleichzeitigem Vorliegen einer Pflegestufe nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 2,</p>	
<p>b) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe I nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 3,</p>	
<p>c) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe II nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 4,</p>	
<p>d) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe III nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, auch soweit zusätzlich die Voraussetzungen für Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
festgestellt wurden, in den Pflegegrad 5.	
<p>(3) Die Zuordnung zu dem Pflegegrad, in den der Versicherte gemäß Absatz 2 übergeleitet worden ist, bleibt auch bei einer Begutachtung nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht erhalten, es sei denn, die Begutachtung führt zu einer Anhebung des Pflegegrades oder zu der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr vorliegt.</p>	<p>(3) Die Zuordnung zu dem Pflegegrad, in den der Versicherte gemäß Absatz 2 übergeleitet worden ist, bleibt auch bei einer Begutachtung nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht erhalten, es sei denn, die Begutachtung führt zu einer Anhebung des Pflegegrades oder zu der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr vorliegt. Satz 1 gilt auch bei einem Erlöschen der Mitgliedschaft im Sinne von § 35 ab dem 1. Januar 2017, wenn die neue Mitgliedschaft unmittelbar im Anschluss begründet wird. Die Pflegekasse, bei der die Mitgliedschaft beendet wird, ist verpflichtet, der Pflegekasse, bei der die neue Mitgliedschaft begründet wird, die bisherige Einstufung des Versicherten rechtzeitig schriftlich mitzuteilen. Entsprechendes gilt bei einem Wechsel zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und einem Wechsel von sozialer zu privater sowie von privater zu sozialer Pflegeversicherung.</p>
	<p>(4) Stellt ein Versicherter, bei dem das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, ab dem 1. Januar 2017 einen erneuten Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit und lagen die tatsächlichen Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits vor dem 1. Januar 2017 vor, richten sich die ab dem Zeitpunkt der Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu erbringenden Leistungen im Zeitraum vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2016 nach dem ab 1. Januar 2017 geltenden Recht. Entsprechendes gilt für Versicherte bei einem privaten Pflegeversicherungsunternehmen.</p>
§ 141	§ 141
Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen	Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen
(1) Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember	(1) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>2016 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 38a, 40 Absatz 2, den §§ 41, 44a, 45b, 123 und 124 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. Hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 45b in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung richtet sich die Gewährung von Besitzstandsschutz abweichend von Satz 1 nach Absatz 2. Für Versicherte, die am 31. Dezember 2016 Leistungen nach § 43 bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach Absatz 3. Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt.</p>	
(2) Versicherte,	(2) un verändert
<p>1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b Absatz 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung haben und</p>	
<p>2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den §§ 36, 37 und 41 unter Berücksichtigung des § 140 Absatz 2 und 3 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den §§ 36, 37 und 41 unter Berücksichtigung des § 123 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung am 31. Dezember 2016 zustanden,</p>	
<p>haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 45b in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag ist den Versicherten schriftlich mitzuteilen und zu erläutern.</p>	
<p>(3) Ist bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Vormonat, so ist zum Leistungsbetrag nach § 43 von Amts wegen ein Zuschlag in Höhe</p>	<p>(3) Ist bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Vormonat, so ist zum Leistungsbetrag nach § 43 von Amts wegen ein Zuschlag in Höhe</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>der Differenz von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung zu zahlen. Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, ist der Zuschlag entsprechend zu kürzen. Dies gilt entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.</p>	<p>der Differenz von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung zu zahlen. In der Vergleichsberechnung nach Satz 1 sind für beide Monate jeweils die vollen Pflegesätze und Leistungsbeträge zugrunde zu legen. Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, ist der Zuschlag entsprechend zu kürzen. Dies gilt entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.</p>
<p>(4) Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 44 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 und 3 des Sechsten Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben.</p>	<p>(4) u n v e r ä n d e r t</p>
	<p>(4a) In den Fällen des § 140 Absatz 4 richten sich die Versicherungspflicht als Pflegeperson in der Rentenversicherung und die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen für Zeiten vor dem 1. Januar 2017 nach den §§ 3 und 166 des Sechsten Buches in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. Die dabei anzusetzende Pflegestufe erhöht sich entsprechend dem Anstieg des Pflegegrades gegenüber dem durch die Überleitung erreichten Pflegegrad.</p>
<p>(5) Absatz 4 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass</p>	<p>(5) Absatz 4 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass</p>
<p>1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt oder</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 19 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung ist.</p>	<p>2. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>Absatz 4 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach</p>	<p>Absatz 4 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 166 Absatz 2 des Sechsten Buches in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 3 <i>und</i> 4 des Sechsten Buches eintritt.	§ 166 Absatz 2 des Sechsten Buches in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 des Sechsten Buches eintritt.
(6) Für Pflegepersonen im Sinne des § 44 Absatz 2 gelten die Absätze 4 und 5 entsprechend.	(6) Für Pflegepersonen im Sinne des § 44 Absatz 2 gelten die Absätze 4, 4a und 5 entsprechend.
(7) Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherungspflichtig waren, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pfl egetätigkeit fort. Satz 1 gilt, soweit und solange sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht keine günstigeren Ansprüche ergeben. Satz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt.	(7) u n v e r ä n d e r t
§ 142	§ 142
Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren	Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren
(1) Bei Versicherten, die nach § 140 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden bis zum 1. Januar 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Absatz 2 Satz 5 durchgeführt; auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder anderen unabhängigen Gutachtern empfohlen wurde.	(1) Bei Versicherten, die nach § 140 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden bis zum 1. Januar 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Absatz 2 Satz 5 durchgeführt; auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder anderen unabhängigen Gutachtern empfohlen wurde. Abweichend von Satz 1 können Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden, wenn eine Verbesserung der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen, zu erwarten ist.
(2) Die Frist nach § 18 Absatz 3 Satz 2 ist vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 unbeachtlich. Abweichend davon ist denjenigen, die ab dem 1. Januar 2017 einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen und bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens <i>fünf Wochen</i> nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse	(2) Die Frist nach § 18 Absatz 3 Satz 2 ist vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 unbeachtlich. Abweichend davon ist denjenigen, die ab dem 1. Januar 2017 einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen und bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen berichten in der nach § 18 Absatz 3b Satz 4 zu veröffentlichenden Statistik auch über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.</p>	<p>die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen berichten in der nach § 18 Absatz 3b Satz 4 zu veröffentlichenden Statistik auch über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.</p>
<p>(3) Abweichend von § 18 Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 ist die Pflegekasse vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn <i>bei besonders dringlichem Entscheidungsbedarf gemäß Absatz 2</i> innerhalb von <i>vier Wochen</i> nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.</p>	<p>(3) Abweichend von § 18 Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 ist die Pflegekasse vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 nur bei Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs gemäß Absatz 2 dazu verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.</p>
<p>§ 143</p>	<p>§ 143</p>
<p>Sonderanpassungsrecht für die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die technischen Berechnungsgrundlagen privater Pflegeversicherungsverträge</p>	<p>u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(1) Bei einer Pflegeversicherung, bei der die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet wird und bei der das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen ist, kann der Versicherer seine Allgemeinen Versicherungsbedingungen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse entsprechend den Vorgaben nach § 140 ändern, soweit der Versicherungsfall durch den Pflegebedürftigkeitsbegriff nach den §§ 14 und 15 bestimmt wird.</p>	
<p>(2) Der Versicherer ist zudem berechtigt, auch für bestehende Versicherungsverhältnisse die technischen Berechnungsgrundlagen insoweit zu ändern, als die Leistungen an die Pflegegrade nach § 140 Absatz 2 und die Prämien daran angepasst werden. § 12b Absatz 1 und 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes findet Anwendung.</p>	
<p>(3) Dem Versicherungsnehmer sind die geänderten Versicherungsbedingungen nach Absatz 1 und die Neufestsetzung der Prämie nach</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Absatz 2 unter Kenntlichmachung der Unterschiede sowie unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitzuteilen. Anpassungen nach den Absätzen 1 und 2 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.	
(4) Gesetzlich oder vertraglich vorgesehene Sonderkündigungsrechte des Versicherungsnehmers bleiben hiervon unberührt.	
Zweiter Abschnitt	Zweiter Abschnitt
Sonstige Überleitungs- und Übergangsregelungen	u n v e r ä n d e r t
§ 144	
Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung	
(1) Für Personen, die am 31. Dezember 2014 einen Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag nach § 38a in der am 31. Dezember 2014 geltenden Fassung haben, wird diese Leistung weiter erbracht, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat.	
(2) Am 31. Dezember 2016 nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote und niedrigschwellige Entlastungsangebote im Sinne der §§ 45b und 45c in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung gelten auch ohne neues Anerkennungsverfahren als nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung hiervon abweichende Regelungen zu treffen.“	
51. Die folgenden Anlagen 1 und 2 werden angefügt:	51. Die folgenden Anlagen 1 und 2 werden angefügt:
„Anlage 1 (zu § 15)	„Anlage 1 (zu § 15)
Einzelpunkte der Module 1 bis 6; Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul	Einzelpunkte der Module 1 bis 6; Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Entwurf

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

selbständig: 0 Punkte

überwiegend selbständig: 1 Punkt

überwiegend unselbständig: 2 Punkte

unselbständig: 3 Punkte

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3

2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Die Fähigkeit ist

vorhanden/unbeeinträchtigt:	0 Punkte
größtenteils vorhanden:	1 Punkt
in geringem Maße vorhanden:	2 Punkte
nicht vorhanden:	3 Punkte

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten	häufig	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Mit diesem Modul wird die Häufigkeit des Auftretens von bestimmten Verhaltensweisen bzw. von psychischen Problemlagen erfasst und in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

nie oder sehr selten:	0 Punkte
selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen):	1 Punkt
häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich):	3 Punkte
täglich:	5 Punkte

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/ Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Das Modul umfasst zwölf Kriterien:

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.7, 4.11 und 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

selbständig:	0 Punkte
überwiegend selbständig:	1 Punkt
überwiegend unselbständig:	2 Punkte
unselbständig:	3 Punkte

Die Ausprägungen des Kriteriums 4.8 werden wegen seiner besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

selbständig:	0 Punkte
überwiegend selbständig:	1 Punkt
überwiegend unselbständig:	2 Punkte
unselbständig:	3 Punkte

Die Ausprägungen der Kriterien 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten stärker gewertet:

selbständig:	0 Punkte
überwiegend selbständig:	1 Punkt
überwiegend unselbständig:	2 Punkte
unselbständig:	3 Punkte

Die Punkte der Kriterien 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnungen nur ein, wenn überwiegend inkontinent oder komplett inkontinent angegeben ist oder eine künstliche Ableitung von Stuhl bzw. Harn erfolgt.

Besonderheiten bei Kindern

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien 4.1 bis 4.12 durch das Kriterium 4.K ersetzt:

4.K Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme die einen außerge- wöhnlichen pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen	20 Punkte
--	-----------

Besonderheiten bei Sondenernährung

Bei Sondenernährung ergeben sich die Punkte in Abhängigkeit vom Anteil der Sondenernährung an der Nahrungsaufnahme in den folgenden Kategorien:

nur gelegentlich bzw. nicht täglich Zufuhr von Sondenernährung:	0 Punkte
--	----------

ein- bis dreimal täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung:	5 Punkte
mindestens viermal täglich Sondennahrung und täglich oral Nahrung:	9 Punkte
ausschließlich oder nahezu ausschließlich Sondennahrung:	12 Punkte
Sind bei der Sondenernährung keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten feststellbar, werden keine Punkte vergeben.	
Besonderheiten bei parenteraler Ernährung Bei parenteraler Ernährung ergeben sich die Punkte in Abhängigkeit vom Anteil der parenteralen Ernährung an der Nahrungsaufnahme:	
Teilweise:	5 Punkte
Vollständig:	12 Punkte
Sind bei der parenteralen Ernährung keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten feststellbar, werden keine Punkte vergeben.	

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl)		
			täglich	wöchentlich	monatlich
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe aller Häufigkeiten der Kriterien 5.1 bis 5.7					
Einzelpunkte		entfällt oder seltener als einmal täglich	ein- bis drei- mal täglich	vier- bis acht- mal täglich	mehr als acht- mal täglich
		0	1	2	3

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Häufigkeit der Hilfe (Anzahl)		
			täglich	wöchentlich	monatlich
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe aller Häufigkeiten der Kriterien 5.8 bis 5.11					
		entfällt oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis zwei- mal täglich	min- des- tens drei- mal täglich
Einzelpunkte		0	1	2	3

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2
5.13	Arztbesuche	0		4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0		4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0		8,6	2

5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0		4,3	1
-----	---	---	--	-----	---

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Erläuterungen zur Modulbewertung im Modul 5

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.K wird zunächst die Häufigkeit ermittelt, mit der die betreffenden Maßnahmen durchgeführt werden (Maßnahmen/Kriterien pro Monat). Berücksichtigt werden nur die Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der Maßnahmen wird summiert (z. B.: dreimal Medikamentengabe und einmal Blutzuckermessen pro Tag entspricht vier Maßnahmen pro Tag oder 120 Maßnahmen monatlich). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert (z. B. pro Tag, pro Woche, pro Monat). Danach gelten in den folgenden Kategorien die nachstehenden Punkte:

für die Kriterien 5.1 bis 5.7:

Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen:

seltener als einmal täglich:	0 Punkte
ein- bis dreimal täglich:	1 Punkt
vier- bis achtmal täglich:	2 Punkte
mehr als achtmal täglich:	3 Punkte
für die Kriterien 5.8 bis 5.11: Durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen:	
seltener als einmal pro Woche:	0 Punkte
einmal oder mehrmals wöchentlich:	1 Punkt
ein- bis zweimal täglich:	2 Punkte
mindestens dreimal täglich:	3 Punkte

für die Kriterien 5.12 bis 5.15 und 5.K:

Betrachtet wird hier ein Zeitraum von einem Monat. Eine Maßnahme innerhalb dieses Zeitraums wird mit einem Punkt gewertet. Findet eine Maßnahme regelmäßig wöchentlich statt, wird sie entsprechend mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um besonders zeitaufwändige Besuche bei Ärzten oder Einrichtungen oder um zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, werden sie doppelt gewertet (8,6 bzw. 2).

Die Werte der Kriterien 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden addiert.

Summe			Einzelpunkte
0	bis unter	4,3	0
4,3	bis unter	8,6	1
8,6	bis unter	12,9	2
12,9	bis unter	60	3
	60		6

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

- selbständig: 0 Punkte
- überwiegend selbständig: 1 Punkt
- überwiegend unselbständig: 2 Punkte
- unselbständig: 3 Punkte“

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3

1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ uneinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5

3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/ Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3

4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3
------	---	---	---	---	---

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parental oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit „entfällt“ (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit „teilweise“ (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit „vollständig“ (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parental oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subcutan oder intramus- kulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wär- meanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körper- zuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7				
Maßnahme pro Tag	keine oder sel- tener als ein- mal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täg- lich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täg- lich	mehr als acht- mal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe – Kriterium 5.1 – und einmal Blutzuckermessen – Kriterium 5.6 –, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis zweimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	entfällt oder selbständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3 ⁴

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„Anlage 2	„Anlage 2
(zu § 15)	(zu § 15)
Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)	Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Entwurf

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität	10%	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	Summe der Punkte im Modul 1
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten		0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	Summe der Punkte im Modul 2

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	15%	0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Punkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4 Selbstversorgung	40%	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 60	Summe der Punkte im Modul 4
		0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen	20%	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Punkte im Modul 5
		0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6 Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	15%	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Punkte im Modul 6
		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7 Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					“
8 Haushaltsführung							

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität	10%	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15%	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4 Selbstversorgung	40%	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20%	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15%	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7 Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					“
8 Haushaltsführung							

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Artikel 3	Artikel 3
Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch	u n v e r ä n d e r t
<p>Das Dritte Buch Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 24. April 2015 (BGBl. I S. 642) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>	
<p>1. Der Inhaltsübersicht wird die folgende Angabe zu § 446 angefügt:</p>	
<p>„§ 446 Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften“.</p>	
<p>2. In § 8 Absatz 1 wird das Wort „Angehörige“ durch das Wort „Personen“ ersetzt.</p>	
<p>3. In § 18 Absatz 2 Nummer 3 wird das Wort „Angehöriger“ durch das Wort „Personen“ ersetzt.</p>	
<p>4. In § 20 Nummer 1 wird das Wort „Angehöriger“ durch das Wort „Personen“ ersetzt.</p>	
<p>5. § 26 Absatz 2b wird wie folgt gefasst:</p>	
<p>„(2b) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie als Pflegeperson einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches, der Leistungen aus der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch oder Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezieht, nicht erwerbsmäßig wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in seiner häuslichen Umgebung pflegen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Pfllegetätigkeit versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatten. Versicherungspflicht besteht auch, wenn die Voraussetzungen durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erfüllt werden.“</p>	
<p>6. § 28a wird wie folgt geändert:</p>	
<p>a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p>	
<p>aa) Satz 1 Nummer 1 wird aufgehoben.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) In Satz 2 werden die Wörter „Nummern 1 bis“ durch die Wörter „Satz 1 Nummer 2 und“ ersetzt.	
b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 2 wird aufgehoben.	
bb) In dem neuen Satz 2 wird das Semikolon und werden die Wörter „im Falle einer vorangegangenen Pflegezeit nach § 3 Absatz 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes jedoch frühestens mit dem Ende dieser Pflegezeit“ gestrichen.	
7. In § 81 Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „eines Angehörigen der Pflegestufe I bis III“ durch die Wörter „einer pflegebedürftigen Person mit mindestens Pflegegrad 2“ ersetzt.	
8. In § 345 Nummer 8 werden die Wörter „Pflegende während einer Pflegezeit“ durch das Wort „Pflegepersonen“ ersetzt und wird die Angabe „10“ durch die Angabe „50“ ersetzt.	
9. § 345b Satz 1 Nummer 1 wird aufgehoben.	
10. In § 347 Nummer 10 werden die Wörter „Pflegende während einer Pflegezeit“ durch das Wort „Pflegepersonen“ ersetzt.	
11. § 349 wird wie folgt geändert:	
a) In Absatz 4a Satz 1 werden die Wörter „Pflegende während einer Pflegezeit“ durch das Wort „Pflegepersonen“ ersetzt.	
b) In Absatz 5 Satz 2 wird das Wort „Pflegezeit“ durch die Wörter „Pflegetätigkeit geleistet“ ersetzt.	
12. Folgender § 446 wird angefügt:	
„§ 446	
Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften	
(1) Für Personen, die am 31. Dezember 2016 nach § 26 Absatz 2b in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung versicherungspflichtig waren, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer der Pflegezeit fort. Für diese Zeit sind	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 345 Nummer 8, § 347 Nummer 10, § 349 Absatz 4a Satz 1 und Absatz 5 Satz 2 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung anzuwenden.	
(2) Für Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 nach § 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung versicherungspflichtig waren, wird ab dem 1. Januar 2017 das Versicherungspflichtverhältnis nach § 26 Absatz 2b fortgesetzt. § 26 Absatz 3 Satz 5 und 6 bleibt unberührt.“	
Artikel 4	Artikel 4
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 2 des Gesetzes vom 15. April 2015 (BGBl. I S. 583) 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 2 des Gesetzes vom 15. April 2015 (BGBl. I S. 583) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. In § 22a Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „einer Pflegestufe“ durch die Wörter „einem Pflegegrad“ ersetzt und werden die Wörter „oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches eingeschränkt sind“ gestrichen.	1. un v e r ä n d e r t
2. Dem § 33 Absatz 5a wird folgender Satz angefügt:	2. § 33 wird wie folgt geändert:
„Bis zum 31. Dezember 2019 gelten die Sätze 1 und 2 im Fall des § 18 Absatz 6a des Elften Buches nicht.“	a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
	„§ 18 Absatz 6a des Elften Buches ist zu beachten.“
	b) Dem Absatz 5a wird folgender Satz angefügt:
	„§ 18 Absatz 6a des Elften Buches ist zu beachten.“
3. § 37 Absatz 2 wird wie folgt geändert:	3. un v e r ä n d e r t
a) In Satz 1 wird das Semikolon und werden die Wörter „der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflege-	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist“ gestrichen.	
b) In Satz 6 werden nach dem Wort „Pflegebedürftigkeit“ die Wörter „mit mindestens Pflegegrad 2“ eingefügt.	
c) Absatz 6 Satz 2 wird gestrichen.	
4. In § 87 Absatz 2i Satz 1 werden die Wörter „einer Pflegestufe“ durch die Wörter „einem Pflegegrad“ ersetzt und werden die Wörter „oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches eingeschränkt sind“ gestrichen.	4. u n v e r ä n d e r t
5. Dem § 252 Absatz 2a wird folgender Satz angefügt:	5. u n v e r ä n d e r t
„Für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 und 2 des Vierten Buches entsprechend.“	
Artikel 5	Artikel 5
Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch
Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 13. Mai 2015 (BGBl. I S. 706) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 13. Mai 2015 (BGBl. I S. 706) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 3 wird wie folgt geändert:	1. § 3 wird wie folgt geändert:
a) Satz 1 Nummer 1a wird wie folgt gefasst:	a) Satz 1 Nummer 1a wird wie folgt gefasst:
„1a. in der sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflege-Pflichtversicherung hat <i>und die Pflegeperson bei Mehrfachpflege den Mindestpflegeaufwand oder den addierten Mindestpflegeaufwand nach § 44 Absatz 1 des Elften Buches erfüllt</i> ,“.	„1a. in der sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflege-Pflichtversicherung hat,“.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) In Satz 2 werden die Wörter „der §§ 37 und 123“ durch die Angabe „des § 37“ ersetzt.	b) u n v e r ä n d e r t
2. § 5 Absatz 2 wird wie folgt geändert:	2. u n v e r ä n d e r t
a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	
„Versicherungsfrei sind Personen, die eine	
1. Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 2 oder § 8a in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 2 des Vierten Buches oder	
2. geringfügige selbständige Tätigkeit nach § 8 Absatz 3 in Verbindung mit § 8 Absatz 1 oder nach § 8 Absatz 3 in Verbindung mit den §§ 8a und 8 Absatz 1 des Vierten Buches	
ausüben, in dieser Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit.“	
b) Satz 3 wird aufgehoben.	
3. § 166 wird wie folgt geändert:	3. u n v e r ä n d e r t
a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:	
„(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege einer	
1. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 5 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 des Elften Buches	
a) 100 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,	
b) 85 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,	
c) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegeschleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,	
2. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 4 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 4 des Elften Buches	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,	
b) 59,5 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,	
c) 49 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,	
3. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 3 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 3 des Elften Buches	
a) 43 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,	
b) 36,55 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,	
c) 30,1 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,	
4. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 des Elften Buches	
a) 27 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,	
b) 22,95 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,	
c) 18,9 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht.	
Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus (Mehrfachpflege), sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 entsprechend dem nach § 44 Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches festgestellten prozentualen Umfang der jeweiligen Pfl egetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand je pflegebedürftiger Person aufzuteilen. Werden mehrere Pflegebedürftige gepflegt, ergeben sich die beitragspflichtigen Einnahmen jeweils nach den Sätzen 1 und 2.“	
b) Absatz 3 wird aufgehoben.	
Artikel 6	Artikel 6
Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch	u n v e r ä n d e r t
§ 2 Absatz 1 Nummer 17 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 15. April 2015 (BGBl. I S. 583) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:	
„17. Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 und 2 des Elften Buches bei der Pflege eines Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne der §§ 14 und 15 Absatz 3 des Elften Buches; die versicherte Tätigkeit umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 des Elften Buches genannten Bereichen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 18 Absatz 5a Satz 3 Nummer 2 des Elften Buches.“	
Artikel 7	Artikel 7
Änderung des Pflegezeitgesetzes	u n v e r ä n d e r t
In § 7 Absatz 3 Nummer 2 des Pflegezeitgesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. 874, 896), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) geändert worden ist, werden die Wörter „Schwägerinnen und Schwäger“ durch die Wörter „Ehegatten der Geschwister und Geschwister	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner“ ersetzt.	
Artikel 8	Artikel 8
Inkrafttreten, Außerkrafttreten	Inkrafttreten, Außerkrafttreten
(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am 1. Januar 2016 in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am 1. Januar 2016 in Kraft.
(2) Die Artikel 2, 3 und 4 Nummer 1 bis 4 sowie Artikel 5 und 6 treten am 1. Januar 2017 in Kraft.	(2) Die Artikel 2, 3 und 4 Nummer 1 bis 4 sowie Artikel 5 und 6 treten am 1. Januar 2017 in Kraft.
(3) Artikel 2 Nummer 30 tritt am 1. Januar 2018 in Kraft.	(3) Artikel 2 Nummer 30 tritt am 1. Januar 2018 in Kraft.
(4) <i>Artikel 1 Nummer 27</i> tritt am 30. Juni 2017 außer Kraft.	(4) Der Sechste Abschnitt des Achten Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch tritt am 30. Juni 2017 außer Kraft.

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

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksachen 18/5926, 18/6182** in seiner 125. Sitzung am 25. September 2015 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Haushaltsausschuss, an den Ausschuss für Arbeit und Soziales sowie an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen. Ferner hat er den Haushaltsausschuss gemäß § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beteiligt. Ferner hat der Deutsche Bundestag den Gesetzentwurf in seiner 130. Sitzung am 15. Oktober 2015 an den Innenausschuss überwiesen.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 18/5110** in seiner 116. Sitzung am 3. Juli 2015 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an 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 18/6066** in seiner 125. Sitzung am 25. September 2015 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie an den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Die Bundesregierung stellt fest, dass die gesetzliche Pflegeversicherung seit Einführung im Jahr 1995 zwar maßgeblich zur besseren Versorgung pflegebedürftiger Menschen und zur Unterstützung pflegender Angehöriger beigetragen habe. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff stehe aber seit der Einführung in der Kritik, weil er pflegefachlich nicht ausreichend fundiert, defizitorientiert und vorrangig auf Alltagsverrichtungen in den Bereichen Mobilität, Ernährung, Körperpflege und hauswirtschaftliche Versorgung ausgerichtet sei und Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen nicht ausreichend berücksichtige. Auch das Leistungsrecht sei trotz verschiedener Verbesserungen immer noch stärker auf Hilfen bei körperlichen Verrichtungen fokussiert.

Schwerpunkte des Gesetzentwurfs sind die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsassessments mit fünf Pflegegraden sowie eines korrespondierenden Leistungsrechts.

1. Pflegebedürftigkeitsbegriff und Neues Begutachtungsassessment (NBA) mit fünf Pflegegraden

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff erfasst die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und weiterer Fähigkeiten sowohl von vorrangig somatisch als auch von vorrangig kognitiv und psychisch beeinträchtigten Menschen gleich. Diese Gleichbehandlung soll künftig über den Grad der Selbständigkeit und über den Grad der Abhängigkeit von personaler Hilfe in allen pflegerelevanten Bereichen erreicht werden. Pflegebedürftige sollen nach einem einheitlichen Verfahren in die Pflegegrade 1 bis 5 eingestuft werden. Die Höhe der Leistungsbeträge ist vom Pflegegrad abhängig, soweit nicht pauschale Leistungsbeträge für alle Pflegebedürftigen vorgesehen sind.

2. Anpassung des Leistungsrechts

Das Leistungsrecht soll in verschiedenen Bereichen angepasst werden. Mit den Neuregelungen soll eine regelhafte Berücksichtigung der Bedarfe kognitiv beeinträchtigter Menschen erfolgen. So soll u. a. die häusliche Pflegesachleistung regelhaft auch auf pflegerische Betreuungsmaßnahmen erstreckt werden. Damit werden auch Hilfebedarfe von Menschen mit kognitiven Einschränkungen künftig angemessen berücksichtigt. Bei der teil- und vollstationären Pflege ist die soziale Betreuung bereits bisher regelhafter Bestandteil der zu erbringenden Leistung der Pflegeversicherung. Hier erfolgt eine begriffliche Anpassung an das neue Recht. Bisher pflegestufenabhängige Leistungen sollen auf die neue Einteilung in Pflegegrade umgestellt werden. Im vollstationären Bereich sollen die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung so gestaffelt werden, dass sie zusammen mit einem in Pflegegrad 2 bis 5 in der jeweiligen Einrichtung (absolut) gleich hohen Eigenanteil den durchschnittlich anfallenden Aufwand abdecken. Im Ergebnis wird künftig der vom Pflegebedürftigen zu tragende Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen bei der Einstufung in einen höheren Pflegegrad nicht mehr steigen. Neu sein wird ein Leistungskatalog für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, der auf die Gewährleistung und Sicherstellung der häuslichen Versorgung abzielt. Zudem soll die Pflegeversicherung den Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 SGB XI in Höhe von monatlich bis zu 125 Euro gewähren, der im Wege der Kostenerstattung für bestimmte, definierte Leistungen eingesetzt werden kann. Bereits Leistungen beziehende Pflegebedürftige werden pauschal in die neuen Pflegegrade übergeleitet, so dass sie keinen neuen Antrag stellen müssen.

3. Neugestaltung der sozialen Sicherung der pflegenden Personen

Die rentenversicherungsrechtliche Absicherung der Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung pflegen, soll grundlegend neugestaltet werden. Künftig soll die soziale Pflegeversicherung für Pflegepersonen bereits dann Beiträge zur Rentenversicherung entrichten, wenn die Pflege wenigstens zehn Wochenstunden, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, beträgt und wenn die pflegebedürftige Person mindestens den Pflegegrad 2 aufweist. Wichtig wird auch sein, welcher Anteil der Pflege auf die Pflegeperson entfällt. Voraussetzung bleibt weiter, dass die Pflegeperson nicht bereits eine Vollrente wegen Alters bezieht und nicht mehr als 30 Wochenstunden erwerbstätig ist. Die Bemessung der Rentenbeiträge in Pflegegrad 5 soll künftig bis zu 100 Prozent der Bezugsgröße betragen können. Darüber hinaus wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff Auswirkungen auf die Einbeziehung der Pflegepersonen in die Unfallversicherung haben. Außerdem soll der Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung neu geregelt werden. Der Versicherungsschutz für den Fall der Arbeitslosigkeit im Anschluss an eine Pfllegetätigkeit soll erheblich gestärkt werden.

4. Verbesserung der Beratung

Für die Pflegeberatung soll vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und mit Beteiligung der Fachkreise eine Richtlinie mit Mindestvorgaben zur Vereinheitlichung des Verfahrens, zur Durchführung und zu den Inhalten der Beratung erarbeitet werden. Die Rahmenvorgaben zur Beratung in und durch Pflegestützpunkte sollen nahezu unverändert mit den nun stringenter gefassten Aufgaben und Verpflichtungen an die Auskunft und die Beratung durch die Pflegekassen oder Pflegeberater und -beraterinnen zusammengeführt werden. Die Pflegekassen werden verpflichtet, den Anspruchsberechtigten vor der erstmaligen Pflegeberatung die für sie zuständige Pflegeberaterin/ den zuständigen Pflegeberater namentlich zu benennen. Diese Person soll auch für alle folgenden Beratungen zuständig sein. Die zwei-Wochen-Frist für die Benennung eines Beratungstermins durch die Pflegekasse gilt künftig nicht nur beim ersten Antrag auf Leistungen, sondern auch für die meisten Folgeanträge. Darüber hinaus erhalten die pflegenden Angehörigen einen eigenständigen Anspruch auf Pflegeberatung, wenn die Pflegebedürftigen zustimmen. Damit erhalten die Angehörigen mehr Unterstützung für die Organisation der Pflege.

Die Transparenz und Vergleichbarkeit des pflegerischen Angebots auf örtlicher Ebene wird durch nutzerfreundliche Internet-Angebote der Pflegeversicherung verbessert. Um deren Vollständigkeit zu gewährleisten, werden auf Landesebene Rahmenverträge über die Zusammenarbeit in der Beratung eingeführt, in denen verbindliche Regelungen zu Informationsflüssen vereinbart werden. Weiterhin soll durch eine entsprechende gesetzliche Regelung sichergestellt werden, dass die noch nicht beschlossenen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche für Pflegegeldempfänger nach § 37 Absatz 5 SGB XI zum Abschluss gebracht werden. Die Möglichkeit, Beratungsbesuche in Anspruch zu nehmen, wird überdies an das neue Recht angepasst und für Pflegebedürftige aller Pflegegrade geöffnet, unabhängig davon, ob sie Pflegegeld beziehen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird verpflichtet, über die Pflegeberatung sowie über die Beratung in der eigenen Häuslichkeit alle drei Jahre, erstmals zum 30. Juni 2020 zu berichten. Damit wird sichergestellt, dass

das Beratungsgeschehen künftig transparent und nachvollziehbar beurteilt und Schwachstellen frühzeitig erkannt werden können, damit erforderliche Weiterentwicklungen in die Wege geleitet werden.

5. Personalbemessung in stationären Einrichtungen

Im Hinblick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sollen die Vereinbarungspartner der Landesrahmenverträge die Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen überprüfen und anpassen. Die personelle Ausstattung in Pflegeeinrichtungen soll weiterhin bei den beteiligten Vereinbarungspartnern auf Einrichtungsebene liegen und sich nach den örtlichen Gegebenheiten richten. Um den heterogenen Bedürfnissen der Pflegeeinrichtungen Rechnung zu tragen, soll es keine starren bundeseinheitlichen Personalschlüssel geben. Die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI sollen zudem auf Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des NBA bis zum 30. Juni 2020 ein Verfahren zur einheitlichen Personalbedarfsbemessung in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen erarbeiten und erproben.

6. Regelungen zur Qualitätssicherung

Kern der neuen Regelungen ist die Umgestaltung der Schiedsstelle zu einem entscheidungsfähigen Qualitätsausschuss, der von einer auch wissenschaftlich qualifizierten Geschäftsstelle unterstützt werden soll. Die Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen sollen beratend mitwirken. Der Qualitätsausschuss soll um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert werden können. Dies soll die Voraussetzungen für eine strukturierte und ergebnisorientierte Handlungsweise in der Selbstverwaltung schaffen. Die neuen Entscheidungsverfahren der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI werden mit gesetzlich konkretisierten und mit Fristen versehenen Aufträgen zur Entwicklung eines neuen wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur Messung und Darstellung von Qualität und insbesondere von Ergebnisqualität in stationären Pflegeeinrichtungen, in der ambulanten Pflege und für die Qualitätssicherung in neuen Wohnformen inhaltlich verbunden.

Nationaler Normenkontrollrat

Der Nationale Normenkontrollrat hat gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/5926, 18/6182 geprüft und festgestellt, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Kosten transparent und nachvollziehbar dargestellt hat. Er macht im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen geltend.

Bundesrat

Der Bundesrat hat in seiner 936. Sitzung am 25. September 2015 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen (Drucksache 18/6182, BR 354/15 (Beschluss)): Der Bundesrat hat die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens ausdrücklich, auch hinsichtlich der fachlichen Ausgestaltung der Regelungen des Gesetzentwurfs im Bereich des Leistungs-, Vertrags- und Vergütungsrechts einschließlich Übergangsregelungen, begrüßt. Er hat mit seinem Beschluss insgesamt 38 Vorschläge und Empfehlungen zum Gesetzentwurf der Bundesregierung und zu weiteren Regelungsgegenständen im Sozialgesetzbuch abgegeben, die sich vor allem auf folgende Regelungsbereiche beziehen:

- Beteiligung der Länder an Regelungen zur Information, Auskunft, Pflegeberatung (§§ 7, 7a SGB XI), weitere Flexibilisierung von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege (§ 39 SGB XI),
- Beteiligung für Länder bei Vereinbarungen der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität sowie bei Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards (§§ 113, 113a SGB XI),
- Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen,
- strukturelle und dauerhafte Finanzierung von übergeordneten Strukturen zum Beispiel zur Koordinierung niedrigschwelliger Angebote oder spezieller Beratungs- und Versorgungsangebote nach § 45c SGB XI,
- Umsetzung von Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege bereits im Zweiten Pflegestärkungsgesetz,
- Aufnahme der Pflegeversicherung in den Kreis der Rehabilitations-Träger,

- vollständige Finanzierung der Ausbildungskosten in der Pflege durch die Pflegeversicherung und Neuordnung der Schnittstellen zwischen dem Fünften und dem Elften Buch Sozialgesetzbuch.

Die Bundesregierung hat in ihrer Gegenäußerung auf Drucksache 18/6182 acht Vorschlägen des Bundesrates zugestimmt. Darunter fallen z. B. die Zusagen, sicherzustellen, dass die Pflegekassen den Anspruch auf Pflegeberatung in der eigenen Häuslichkeit ohne Ausnahme zu erfüllen haben (vgl. Nummer 4 der Gegenäußerung), dass Leistungsanträge bei jedem und nicht nur beim zuständigen Pflegeberater gestellt werden können (vgl. Nummer 5 der Gegenäußerung) oder etwa auch die Klarstellung, dass der Umwandlungsanspruch zur anteiligen Verwendung der nach § 36 SGB XI vorgesehenen Leistungsbeträge für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote nicht den vorherigen Verbrauch des Entlastungsbetrages nach § 45b SGB XI voraussetzt (vgl. Nummer 24 der Gegenäußerung).

Die Bundesregierung sicherte außerdem die Prüfung weiterer sieben Vorschläge des Bundesrates zu. Dazu gehört unter anderem der Vorschlag, dass bei Inaugenscheinnahmen im Rahmen von Qualitätsprüfungen auch eine mündliche Einwilligung möglich sein soll (vgl. Nummer 19 der Gegenäußerung). Weitere Vorschläge sollen im Rahmen der gesetzlichen Umsetzung der Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe Pflege aufgegriffen werden, wie etwa die „Modellkommune Pflege“. Einige Forderungen der Länder wurden aus fachlichen Gründen oder auch im Hinblick auf den Koalitionsvertrag nicht berücksichtigt. Das gilt insbesondere für einige sehr kostenträchtige Wünsche, wie insbesondere die vollständige Finanzierung der Ausbildungskosten in der Pflege aus den Mitteln der sozialen Pflegeversicherung. Letzteres sei in einem gesonderten Gesetzgebungsverfahren und nicht im PSG II zu klären.

Zu Buchstabe b

Die Antragsteller konstatieren, dass der Schlüssel für eine menschenwürdige Pflege eine verlässliche und zukunftsste Finanzierung sei. Durch eine solidarische Weiterentwicklung der Pflegeversicherung werde die Pflege langfristig gesichert, grundlegende Leistungsverbesserungen ermöglicht und soziale Gerechtigkeit in der Pflegeabsicherung geschaffen. In der Pflege könne ein erster Schritt zu einer Bürgerinnen- und Bürgerversicherung gemacht werden, denn Leistungsniveau und Ausgestaltung der Privaten Pflegeversicherung (PPV) entsprechen denen der Sozialen Pflegeversicherung (SPV). 1995 seien Gerechtigkeitsdefizite und Nachhaltigkeitslücken des dualen Krankenversicherungssystems auf die Pflegeversicherung übertragen worden. In der Privaten Pflegeversicherung (PPV) seien überwiegend junge und gut verdienende Menschen versichert, deren Risiko, ein Pflegefall zu werden, deutlich geringer sei als das der in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) Versicherten. Zudem seien in der SPV deutlich mehr Rentnerinnen und Rentner versichert und sei das Pflegerisiko bei allen Mitgliedern weitaus größer als in der PPV. So gefährde die PPV durch ihre Existenz die langfristige Finanzierbarkeit der SPV.

Die Pflegeversorgung müsse für alle Menschen qualitativ hochwertig sein und sich umfassend an den Bedürfnissen der Menschen orientieren. Hierzu werde ein neuer Pflegebegriff und ein neues Begutachtungsverfahren benötigt. Zur Finanzierung müsse der Versichertenkreis auf alle Bürgerinnen und Bürger ausgeweitet werden. Die SPV müsse solidarisch, unter Einbeziehung sämtlicher Einkommensarten in Abhängigkeit der finanziellen Leistungsfähigkeit finanziert werden, wobei das Umlageverfahren beibehalten werden solle. Personen ohne Einkommen sollten beitragsfrei gestellt werden. Rentnerinnen und Rentner sollten nur die Hälfte des Beitragssatzes zahlen, die andere Hälfte solle von der Rentenversicherung übernommen werden. Zur Wiederherstellung der Parität solle der 1995 bei der Einführung der Pflegeversicherung abgeschaffte Feiertag wieder eingeführt bzw. eine andere Maßnahme ergriffen werden. Ferner müssten die Leistungen der SPV regelgebunden, orientiert an den allgemeinen Lohn- und Preisentwicklungen, dynamisiert werden. Grundsätzlich müsse die Pflege als Bereich der sozialen Sicherung in öffentlicher Verantwortung organisiert werden.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller sind der Auffassung, dass das PSG II zentrale Probleme wie den Personalmangel in der Pflege, die Entwicklung einer tragfähigen Finanzierung und von Quartierskonzepten, die Weiterentwicklung der Pflegeberatung oder die bessere Unterstützung pflegender Angehöriger nicht gelöst. Zudem werden sich mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff die Schnittstellenprobleme zwischen SGB IX, XI und XII verschärfen. Dafür gebe es keinen Lösungsansatz.

Sie fordern deshalb ein umfassendes Maßnahmenpaket gegen den Personalmangel in der Pflege, das u. a. die Einführung eines bundeseinheitlichen, verbindlichen Personalbemessungsinstrumentes für stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste, das sich am tatsächlichen Pflegebedarf orientiert, beinhaltet. Die Gesundheitsberufe müssten neu organisiert, mit erweiterten Kompetenzen ausgestattet und besser vernetzt werden. Die Zusammenführung der Pflegeberufe sei nicht hilfreich. Gemeinsam mit den Ländern müsse gezielt in neue Ausbildungsplätze investiert werden. Zur Finanzierung der Pflegeversicherung müsse eine Pflege-Bürgerversicherung eingeführt, die Versicherungsleistungen regelmäßig an die Lohn- und Inflationsentwicklung angepasst und der Pflegevorsorgefonds aufgehoben werden. Die dafür vorgesehenen Beitragssatzmittel sollten zur Finanzierung aktuell notwendiger Leistungen verwendet werden. Zur Lösung bestehender bzw. Vermeidung neuer Schnittstellenprobleme müssten die Leistungen nach SGB XI mit denen nach SGB IX und SGB XII harmonisiert und so Ungerechtigkeiten beseitigt werden. Gemeinsam mit Ländern und Kommunen solle die Pflegeberatung weiterentwickelt werden, damit alle Versicherten eine leicht erreichbare bzw. aufsuchende, unabhängige und individuelle Pflege- und Wohnberatung für ein passgenaues Pflegesetting in Anspruch nehmen könnten. Die pflegerischen Versorgungsstrukturen müssten eine Nutzer- und Nutzerinnenorientierung sowie einen Quartiersbezug aufweisen und am Prinzip „ambulant vor stationär“ ausgerichtet sein. Kommunen und Regionen sollten eine größere Rolle bei Planung, Steuerung und Gestaltung der pflegerischen Versorgung übernehmen. Zur Unterstützung pflegender Angehöriger und anderer Pflegepersonen solle unabhängig von der Betriebsgröße der Rechtsanspruch auf eine bis zu dreimonatige Pflegezeit mit einer steuerfinanzierten Lohnersatzleistung eingeführt werden. Entlastende ambulante Angebote, z. B. Rehabilitation, Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege, sollten bekannter gemacht und ausgebaut werden.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Innenausschuss** hat in seiner 60. Sitzung am 11. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/5926, 18/6182 anzunehmen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 62. Sitzung am 11. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/5926, 18/6182 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen. Zudem hat der Haushaltsausschuss aufgrund seiner Beteiligung nach § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages einen eigenen Bericht vorgelegt.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 57. Sitzung am 11. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/5926, 18/6182 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 47. Sitzung am 11. November 2015 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/5926, 18/6182 in der vom Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Zu Buchstabe b

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 57. Sitzung am 11. November 2015 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 18/5110 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 47. Sitzung am 11. November 2015 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 18/5110 abzulehnen.

Zu Buchstabe c

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 57. Sitzung am 11. November 2015 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 Antrag auf Drucksache 18/6066 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Soziales** hat in seiner 47. Sitzung am 11. November 2015 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 Antrag auf Drucksache 18/6066 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 48. Sitzung am 11. November 2015 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 Antrag auf Drucksache 18/6066 abzulehnen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 48. Sitzung am 7. September 2015 beschlossen, zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/5926, 18/6182 – vorbehaltlich der Überweisung der Vorlage durch das Plenum des Deutschen Bundestages – ein öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 51. Sitzung am 23. September 2015 hat der Ausschuss die Beratungen zum Antrag auf Drucksache 18/5110 aufgenommen und ebenfalls beschlossen, eine öffentliche Anhörung durchzuführen. Ferner hat er beschlossen, zum Antrag auf Drucksache 18/6066 – vorbehaltlich der Überweisung der Vorlage durch das Plenum des Deutschen Bundestages – ebenfalls ein öffentliche Anhörung durchzuführen.

In seiner 52. Sitzung am 30. September 2015 hat der Ausschuss die Beratungen zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/5926, 18/6182 sowie zum Antrag auf Drucksache 18/6066 aufgenommen und zum Antrag auf Drucksache 18/5110 fortgesetzt.

Die öffentliche Anhörung zu den Vorlagen fand in der 53. Sitzung am 30. September 2015 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO), Bundesagentur für Arbeit, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS), Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (BAGSO), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V., Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), dbb beamtenbund und tarifunion, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (DAIzG) Selbsthilfe Demenz, Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Stiftung Patientenschutz, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e. V. (DBfK), Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Frauenrat, Deutscher Landkreistag (DLT), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Deutscher Städte- und Gemeindebund e. V. (DStGB), Deutscher Städtetag (DST), Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK), Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V., GKV-Spitzenverband, Kuratorium Deutsche Altershilfe, 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 Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB), Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv), Volkssolidarität Bundesverband e. V., wir pflegen - Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland e. V. sowie Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Sabine Mattes, Prof. Dr. Heinz Rothgang, Dr. Ralf Suhr und Dr. Klaus Wingenfeld. Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Der Ausschuss hat in der 59. Sitzung am 11. November 2015 seine Beratungen abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/5926, 18/6182 in der vom Ausschuss geänderten 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 18/5110 abzulehnen.

Weiter 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 Antrag auf Drucksache 18/6066 abzulehnen.

Änderungen des Ausschusses

Der Ausschuss für Gesundheit hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 18/5926, 18/6182 beschlossen. Neben rein redaktionellen Änderungsvorschlägen lassen sich die Änderungen im Wesentlichen folgenden Schwerpunkten des Gesetzes zuordnen und wie folgt beschreiben:

1. Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes; weitere Änderungen im Begutachtungsverfahren
 - Einschränkung von Wiederholungsgutachten vor der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (Artikel 1 Nummer 13, hier § 18 Absatz 2a)
 - Im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt
 - eine Umstellung der Fristen für Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit von fünf Wochen auf 25 Arbeitstage,
 - eine Klarstellung, dass auch weiterhin in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen jeder Begutachtung eine Prüfung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a vorliegt, regelmäßig vorzunehmen ist,
 - die Ermöglichung eines angemessen flexiblen Umgangs mit den Begutachtungsfristen bereits in November und Dezember 2016 aufgrund des zu erwartenden erhöhten Antragsaufkommens (Artikel 1 Nummer 13, § 18 Absatz 2b),
 - die Anerkennung von Empfehlungen des MDK-Gutachters für pflegenaher Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Rahmen der Pflegebegutachtung bei Einwilligung des Versicherten als fachlich gebotene Antragstellung bei den Kranken- und Pflegekassen (Artikel 2 Nummer 10 zu § 18).
 - Konkretisierung der Inhalte der vorgesehenen Evaluation der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes/neuen Begutachtungsverfahrens (Artikel 1 Nummer 15, hier § 18c)
 - Rechtsförmlich bedingte Streichung des § 17a in der Inhaltsübersicht (Artikel 1 Buchstabe b, hier Inhaltsübersicht)
 - Begriffliche Klarstellung zur Definition neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff (Artikel 2 Nummer 7, hier § 14)
 - Inhaltliche Klarstellungen in Bereichen der Begutachtung (Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe d, hier § 18 Absatz 5a Nummer 2)
 - Inhaltliche und sprachliche Klarstellungen und Anpassungen der Anlagen 1 und 2 an § 15 (Artikel 2 Nummer 51, hier Anlage 1 „Begutachtungsinstrument“ und Anlage 2 „Bewertungssystematik“)
2. SGB XI: Übergangsregelungen
 - Klarstellungen zu der Überleitung in die Pflegegrade bei Kassenwechsel sowie bzgl. Umgang mit Höherstufungsanträgen (Artikel 2 Nummer 50, hier §§ 140 Absatz 3 und 4, 141 Absatz 4a), des Bezugs der Besitzstandsschutzregelung für vollstationäre einrichtungsindividuelle Eigenanteile bei der Pflege auf volle Monatsbeträge (§ 141 Absatz 1 und 3) sowie zu der Durchführung von Wiederholungsbegutachtungen nach der Umstellung in bestimmten Fällen und zum Umgang des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen mit Kriterien für besonders dringlichen Entscheidungsbedarf bei Begutachtungen (§ 142)
3. Anpassungen im Leistungsrecht
 - Anpassung von Meldetatbeständen bei der Gewährung von Pflegeunterstützungsgeld sowie Vermeidung einer Doppelregelung zur Einbehaltung von Sozialversicherungsbeiträgen auf das Pflegeunterstützungsgeld (Artikel 1 Nummer 22, hier §§ 44a Absatz 3 und 7)
 - Klarstellung der Legitimation für den Erlass von gemeinsamen Widerspruchsbescheiden (Artikel 1 Nummer 23a – neu –, hier § 46 Absatz 2)

- Streichung der sog. Vermutungsregelung hinsichtlich des Pflegeaufwands bei Pflegegrad 1 (Artikel 2 Nummer 11, hier § 19 Satz 3)
 - Redaktionelle Folgeänderung zum Hospiz- und Palliativgesetz (Artikel 2 Nummer 13, hier § 28)
 - Sprachliche Anpassung an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (Artikel 2 Nummer 15, hier § 33)
 - Konkretisierungen zum Inhalt der ambulanten Sachleistung mit einer Begriffsbestimmung für pflegerische Betreuungsmaßnahmen (Artikel 2 Nummer 17, hier § 36)
 - Überarbeitung der Regelung zum Wohngruppenzuschlag (Artikel 2 Nummer 20, hier § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4)
 - Klarstellung, dass während der sechsmonatigen Vorpflegezeit bei Verhinderungspflege Pflegegrad 2 noch nicht vorgelegen haben muss (Artikel 2 Nummer 21, hier § 39 Absatz 1)
 - Streichung der sog. Abschlagsregelung bei vollstationären Leistungen sowie Streichung der bisherigen Regelung zur Sicherstellung eines Mindesteigenanteils (Artikel 2 Nummer 24, hier § 43)
 - Streichung des 30%-Kriteriums bei Ansprüchen von Pflegepersonen auf Rentenversicherungsbeiträge/sozialer Absicherung (Artikel 2 Nummer 27, hier zu § 44)
 - Klarstellungen zur Zulässigkeit integrierter Angebote zur Unterstützung im Alltag (Artikel 2 Nummer 28, hier § 45a Absatz 1 Satz 2) und zum Verhältnis von Umwandlungsanspruch und Entlastungsbetrag zueinander (§ 45a Absatz 4 Satz 8) sowie Einführung der Förderung von selbstorganisierten regionalen Netzwerkstrukturen (§ 45c Absatz 9 – neu –)
4. SGB XI: Anpassungen im Vertragsrecht
- Klarstellung der Möglichkeit zu Nachverhandlungen bei erheblicher Änderung der Bewohnerstruktur in stationärer Pflege (Artikel 2 Nummer 37, hier § 85)
 - Änderung des Umrechnungsverfahrens bei der alternativen Überleitung für die teilstationären Pflegesätze und verbunden damit Anpassung der Regelung zur Neuverhandlung für den Übergang der stationären Pflegesätze im Sinne einer Erweiterung des Gestaltungsspielraumes für die vereinfachenden Verfahrensabsprachen auf Landesebene (zu Artikel 1 Nummer 27, hier §§ 92c und 92e)
5. SGB XI: Pflegeberatung
- Klarstellung in der Begründung, dass die Verpflichtung der Pflegekassen zur Information und Beratung des Versicherten auch die Beratung im Sinne des § 14 SGB XI umfasst und dass auch bei einem Wechsel des Pflegeberaters der Rechtsanspruch auf Beratung fortwirkt. In Umsetzung der Zusage im Rahmen der Gegenäußerung der Bundesregierung wird eine stärkere Mitwirkung und Einbindung der Länder im Zusammenhang mit den Landesrahmenverträgen zur Datenübermittlung und deren technischen Standards vorgesehen (Artikel 1 Nummer 3, hier § 7 Absatz 1, 2 und 4)
 - Die Beratung über Leistungen zur Entlastung von Pflegepersonen wird ausdrücklich als Aufgabe der Pflegeberatung benannt; die Pflegeberatung hat, den Wunsch des Betroffenen vorausgesetzt, zu Hause zu erfolgen (Artikel 1 Nummer 4, hier § 7a Absatz 1 bis 3)
6. SGB XI: Qualitätssicherung
- Klarstellung, dass Zeitersparnisse aufgrund neuer Pflegedokumentationsmodelle nicht zu einer Absenkung der Pflegevergütung führen, sondern der Arbeitsverdichtung entgegenwirken. (Artikel 1 Nummer 32, hier § 113)
 - Änderung des Auftrags im Rahmen der wissenschaftsgestützten Qualitätsentwicklung zur Entwicklung von Instrumenten für die Darstellung von Lebensqualität (Artikel 1 Nummer 34, hier § 113b Absatz 4 Nummer 4)
 - Konkretisierung der inhaltlichen Ziele und des Verfahrens der Entwicklung und Erprobung eines neuen Verfahrens zur Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen und engere Anbindung an Qualitätsausschuss und Einbeziehung der Betroffenenverbände (Artikel 1 Nummer 35, hier § 113c)
 - Aufhebung der Ankündigungspflicht bei Anlassprüfungen bei ambulanten Pflegediensten (Artikel 1 Nummer 37, hier § 114a Absatz 3) und Änderung bei Einwilligungen zu Inaugenscheinnahmen im Rahmen von Qualitätsprüfungen (hier § 114a Absatz 3a)

- Übergangsregelung für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs-Richtlinien für den mit dem PSG II begründeten Übergangszeitraum (Artikel 1 Nummer 1, hier Inhaltsübersicht; Artikel 1 Nummer 38a, hier 115a – neu –)

7. Folgeänderungen in weiteren Gesetzeswerken

- Als Folgeänderung zu § 44 (Streichung des 30%-Kriteriums) Streichung des Mindestpflegeaufwands bzw. des addierten Mindestpflegeaufwands bei Mehrfachpflege (Artikel 5 (SGB VI) Nummer 1 Buchstabe a, hier § 3)

Eine Reihe weiterer Änderungen dient der Anpassung der In- bzw. Außerkrafttretensregelung (Artikel 8) sowie der Rechtsbereinigung, Rechtsklarheit und redaktionellen Berichtigung.

Über den diesen Änderungen zugrunde liegenden Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 18(14)0144.1neu wurde wie folgt abgestimmt:

Die Änderungsanträge 1 bis 11 und 13 bis 34 auf Ausschussdrucksache 18(14)0144.1neu wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Der Änderungsantrag 12 auf Ausschussdrucksache 18(14)0144.1neu wurde 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. angenommen.

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung des Deutschen Bundestages

Im Rahmen seines Auftrags zur Überprüfung von Gesetzentwürfen und Verordnungen der Bundesregierung auf Vereinbarkeit mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie hat sich der Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung des Deutschen Bundestages gemäß Einsetzungsantrag (Drucksache 18/559) am 10. September 2015 mit dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/5926, 18/6182 befasst und festgestellt, dass eine Prüfbitte nicht erforderlich sei, da sich bei der Prüfung des Gesetzentwurfs keine Mängel bei der Darstellung ergeben hätten (Ausschussdrucksache 18(23)50(neu)-14).

Petitionen

Zum Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/5926, 18/6182 und zum Antrag auf Drucksache 18/5110 lagen dem Ausschuss Petitionen vor, zu denen der Petitionsausschuss Stellungnahmen nach § 109 GO-BT angefordert hatte.

Die Petenten regten an,

- eine Bürgerversicherung zur Erstattung der gesamten Pflegekosten bei einer Heimunterbringung einzuführen,
- die Pflegeversicherung auf der Grundlage eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der den Hilfebedarf eines Menschen ganzheitlich, d. h. unter Einbeziehung von seelischen, geistigen und körperlichen Einschränkungen, beurteilt, zu reformieren,
- in der gesetzlichen Pflegeversicherung in den neuen Regelungen zu den Unterstützungs- bzw. Entlastungsangeboten im Alltag neben den Pflegediensten auch andere Dienstleistungsanbieter zuzulassen, damit diese Kosten von der Pflegekasse übernommen werden,
- dass pflegende, nicht arbeitende Angehörige durch die Pflegekassen krankenversichert bzw. die Beiträge zur Krankenversicherung übernommen werden,
- die Regelung in § 13 Absatz 2 SGB XI unstrittig und eindeutig zu formulieren, da ansonsten Leistungseinschränkungen bei der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zu befürchten seien.

Die Petitionen wurden in den Beratungsprozess zu den Vorlagen einbezogen und der Petitionsausschuss entsprechend informiert.

Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der CDU/CSU** betonte, das Pflegestärkungsgesetz II sei ein großes Reformprojekt, das man zu Beginn dieser Legislaturperiode angekündigt habe und das nun bereits nach der Hälfte der Wahlperiode realisiert worden sei. Das PSG II vollziehe einen Paradigmenwechsel weg von der Defizitorientierung bei der Begutachtung von Pflegebedürftigen. Mit der Gleichstellung von Demenzerkrankten mit körperlich beeinträchtigten Personen

werde eine große Gerechtigkeitslücke geschlossen. 500 000 Menschen erhielten dadurch erstmals den Zugang zu dem Leistungsbereich der Pflegeversicherung. PSG I und PSG II müssten als Gesamtpaket gesehen werden, durch das insgesamt etwa sieben Milliarden Euro zusätzlich in das Pflegesystem fließen würden. Wichtig sei, dass künftig die Pflegebedürftigen an ihrer individuellen Situation orientierte Leistungen erhielten und die Leistungsangebote flexibler gestaltet seien. Dies unterstütze auch die pflegenden Angehörigen. Mit der Sicherstellung des Bestandsschutzes habe man die Ängste derjenigen genommen, die bereits Pflegeleistungen erhielten. Außerdem stärke man die Pflegeberatung sowie die Qualität und Transparenz bei den Pflegeangeboten. Wichtig sei auch die stärkere Anerkennung der Leistungen der Familien.

Die **Fraktion der SPD** bekräftigte, dass die vorliegende Reform ein wichtiger und richtiger Schritt für die Weiterentwicklung der Pflege sei. Es würden ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt. Damit verbunden seien die Flexibilisierung der Leistungen, insbesondere der Angebote für pflegende Angehörige, und die Bereitstellung von mehr finanziellen Mitteln. Die Pflegeversicherung sei ein lernendes System, das über verschiedene Evaluationsprozesse begleitet und dynamisch weiterentwickelt werde. Das PSG II gehe neue Wege. Im Mittelpunkt stünden die betroffenen Menschen mit ihren unterschiedlichen Identitäten und in ihren individuellen Lebenswelten. An ihren Bedürfnissen seien die neuen Angebote in der Pflege ausgerichtet. Zur Frage der Personalbemessung werde eine Expertengruppe eingesetzt, die Kriterien und Empfehlungen erarbeiten werde. Zudem seien wesentliche Entscheidungen im Kontext der Weiterentwicklung der Pflegenoten und Pflegedokumentation getroffen worden. Man werde weiterhin mit den Akteuren des Gesundheits- und Pflegebereichs über die Entwicklung der Qualität und das Thema Qualitätsausschüsse diskutieren. Für die Übergangsphase würden zusätzlich mehr als vier Milliarden Euro bereitgestellt. Dieses Geld sichere die Pflege. Insgesamt sei die Pflege in der Gesellschaft angekommen.

Die **Fraktion DIE LINKE** erklärte, das PSG II sei seit 1994 zwar eine der umfassendsten Pflegereformen und der Kreis der Anspruchsberechtigten erweitere sich um 500 000 Menschen. Es sei aber nicht der große Wurf und stelle keinen Paradigmenwechsel dar, sondern bestenfalls eine Bedürftigkeitsreform ohne Wende in Richtung inklusiv- und teilhabeorientierte Pflege. Künftig seien mehr Menschen anspruchsberechtigt, was aber auf Kosten der Menschen in den niedrigen Pflegegraden und mit somatischen Beeinträchtigungen gehe. Die neue Begutachtung orientiere die Pflege nun stärker an der Selbstständigkeit der Menschen. Das erhöhe jedoch den Pflegeaufwand, wodurch mehr Zeit und qualifiziertes Personal benötigt würden. Das Gesetz würde dem nicht Rechnung tragen, weder für mehr Qualität noch in der Personalbemessung. Die Folge sei weiter sinkende Qualität, auf deren Basis dann die Personalbemessung geregelt werde. Es fehle eine Übergangslösung für genügend qualifiziertes Personal in der ambulanten und stationären Pflege. Zwar gebe es mehr häusliches Pflegegeld, aber die Selbstbestimmung und das Wunsch- und Wahlrecht würden aber nicht wirklich verbessert, sondern in den niedrigen Pflegegraden sogar eingeschränkt. Es müsse sich die Pflegesituation aller Menschen verbessern, deshalb fordere man die Einführung eines Pflegebegriffs und nicht nur eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** zollte Anerkennung dafür, dass im Bereich der Pflege in der laufenden Legislaturperiode sehr viel passiere. Trotz des hohen Reformtempos würden die anstehenden Probleme aber nicht konsequent angegangen und gelöst. So werde die Personalsituation völlig außer Acht gelassen. Die vorgesehenen Gesetzesänderungen könnten schließlich nur mit dem entsprechend qualifizierten Personal umgesetzt werden. Mit dem eigenen Antrag schlage man daher die Einführung eines Personalbemessungsinstruments vor. Vermisst werde außerdem eine wirkliche Verbesserung der Situation der pflegenden Angehörigen. Zu begrüßen sei die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Einbeziehung der Demenzkranken, auch wenn die Umsetzung derzeit noch unklar sei. Problematisch sei auch die Finanzierung der Reformen. Es sei bereits jetzt offensichtlich, wann das Geld ausgehen werde. Abhilfe könne hier nur die Einführung einer Bürgerversicherung schaffen, wie es von der Fraktion vorgeschlagen werde. Aus den genannten Gründen werde man sich bei der Abstimmung enthalten.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksachen 18/5926, 18/6182 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1 (SGB XI)

Zu Nummer 1 (SGB XI: Inhaltsübersicht; Einfügung § 115a)

Zu Buchstabe l

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 3 (§ 7 SGB XI: Auskunft und Information)

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Diese Regelung entspricht dem Gesetzentwurf. Die Verpflichtung der Pflegekassen zur Information und Aufklärung der Versicherten umfasst auch die allgemeine Beratung der Versicherten über ihre Rechte und Pflichten im Sinne des § 14 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung im Hinblick auf die durch das Präventionsgesetz vorgenommene Änderung des § 18a Absatz 1.

Zu Buchstabe e

Zu Satz 1

Für die Vereinbarung über die elektronische Datenübertragung von Angaben über niedrigschwellige Angebote ist Einvernehmen mit den Ländern herzustellen. Mit der Änderung wird ein Vorschlag des Bundesrates umgesetzt.

Zu Satz 5 (neu)

Die Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zu den technischen Standards der Datenübermittlung bedürfen der Zustimmung der Länder. Mit der Änderung wird ein Vorschlag des Bundesrates umgesetzt.

Zu Nummer 4 (§ 7a SGB XI: Anspruch auf Pflegeberatung in der häuslichen Umgebung)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe cc

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Diese Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu den Dreifachbuchstaben bbb und ccc

Redaktionelle Folgeänderungen zu Dreifachbuchstabe ddd.

Zu Dreifachbuchstabe ddd

Die Regelung verstärkt die Verpflichtung der Pflegeberatung, auch gezielt über Entlastungsangebote für pflegende Angehörige zu informieren. Dazu gehören zum Beispiel Angebote zur Verhinderungspflege, Angebote zur Unterstützung im Alltag, Angebote der teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege, Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen, Rehabilitationsmaßnahmen oder Freistellungsmöglichkeiten nach dem Pflegezeit- und dem Familienpflegezeitgesetz. Damit wird dem Ziel des Gesetzentwurfs Rechnung getragen, die pflegenden Angehörigen besser zu unterstützen.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung wird erreicht, dass die Pflegekasse dem Wunsch eines Anspruchsberechtigten auf Pflegeberatung in der häuslichen Umgebung ausnahmslos zu entsprechen hat. Nach wie vor soll eine umfassende Beratung durch eine Person oder Stelle, die als Bezugsperson für Fragen rund um die Pflege möglichst auch das Vertrauen des Anspruchsberechtigten besitzt, erfolgen. Entscheidet sich der Pflegebedürftige aus persönlichen Gründen gegen den von der Pflegekasse vorgeschlagenen Ansprechpartner, steht dies seinem Rechtsanspruch auf Beratung

nicht entgegen. Die im Gesetzentwurf unter Doppelbuchstabe bb vorgesehene Änderung entfällt. Damit bleibt es bei der bisherigen Rechtslage, dass ein Leistungsantrag auch bei jedem Pflegeberater bzw. bei jeder Pflegeberaterin der Pflegekasse gestellt werden kann.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Diese Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung. Die aufgehobene Regelung betrifft einen Zeitraum, der ausschließlich in der Vergangenheit liegt.

Zu Nummer 13 (§ 18 SGB XI: Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit; Fristen für Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit)

Zu Buchstabe a

Die Änderung stellt sicher, dass bei Pflegebedürftigen, die in der stationären Pflege versorgt werden, das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a bei jeder Begutachtung im Rahmen der Prüfung nach Satz 1 erfasst wird. Dabei ist es unerheblich, ob es sich um ein Erstgutachten, ein Gutachten aufgrund eines Höherstufungsantrags oder ein Wiederholungsgutachten handelt. Die Feststellung über das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz stellt eine notwendige Information für den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen dar, auf die der Pflegebedürftige einen Anspruch hat. Zudem wird dadurch Rechtssicherheit im Hinblick auf den anstehenden Prozess der Überleitung von Pflegestufen auf Pflegegrade zum 1. Januar 2017 geschaffen; für die Umsetzung von § 140 ist die Kenntnis des Vorliegens einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz eine zwingende Grundlage.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 2a

Durch die Übergangsregelung des § 142 Absatz 1 wird das Aussetzen von Wiederholungsbegutachtungen für die Pflegebedürftigen, die nach § 140 Absatz 1 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, für einen Zeitraum von zwei Jahren ab dem 1. Januar 2017 bestimmt. Damit wird unter anderem die Zahl der im Rahmen der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff durchzuführenden Begutachtungen insgesamt verringert. Das Aussetzen der Wiederholungsbegutachtungen wird nun zeitlich und bezogen auf alle Pflegebedürftigen erweitert und gilt dann auch für den Zeitraum eines halben Jahres vor Inkrafttreten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs am 1. Januar 2017.

Die Regelung soll dazu beitragen, mögliche Probleme in der Übergangsphase zu vermeiden. Es ist davon auszugehen, dass es auch vor dem Umstellungstag bereits zu einem erhöhten Antrags- und Begutachtungsaufkommen kommen kann. Dieses wird mit der Regelung zu einem Teil aufgefangen. Zudem wird weitgehend vermieden, dass es bereits vor dem Tag der Umstellung auf das neue Begutachtungsverfahren zu einer Häufung von Begutachtungsfällen kommt, deren Bearbeitung erst nach dem Umstellungstag erfolgen kann. Die Regelung ist bis zum 31. Dezember 2016 befristet, da ab dem 1. Januar 2017 nahtlos die inhaltsgleiche Übergangsregelung des § 142 gilt.

Im Übrigen wird entsprechend einer ebenfalls in § 142 neu eingefügten Regelung vorgesehen, dass in bestimmten Fällen Wiederholungsbegutachtungen für Versicherte durchgeführt werden, um auf erwartbare, in der Regel deutliche Verbesserungen des Gesundheitszustandes und damit eine Verringerung des Hilfsbedarfs angemessen reagieren zu können.

Zu Absatz 2b

In Artikel 2 § 142 Absatz 2 werden die gesetzlichen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass innerhalb einer auf zwölf Monate nach dem Datum der Umstellung begrenzten Übergangsfrist auch bei einem ggf. erhöhten Begutachtungsaufkommen, das durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auftreten kann, durch die Pflegekassen und die Medizinischen Dienste in diesem Sinne flexibel reagiert werden kann. Da bereits vor dem Datum der Umstellung ein erhöhtes Begutachtungsaufkommen zu erwarten ist, wird die Regelung auf den Zeitraum vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2016 ausgeweitet. Bei der Umwandlung von der Wochenfrist in Arbeitstage handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen zu den Änderungen in den Absätzen 3, 3a und 3b. Als Arbeitstage gelten die Werktage von Montag bis Freitag.

Zu Absatz 2c

Es handelt sich entsprechend Artikel 2 § 142 Absatz 3 um eine Folgeänderung zu der in Absatz 2b bestimmten Beschränkung der Geltung der 25 Arbeitstage-Frist auf diejenigen Anträge, bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf besteht. Durch die Verpflichtung zur Benennung unabhängiger Gutachter nur bei besonders dringlichem Entscheidungsbedarf soll sichergestellt werden, dass zeitnah eine Begutachtung stattfinden kann. Im Übrigen entfällt die Verpflichtung im genannten Zeitraum. Bei der Umwandlung von der Wochenfrist in Arbeitstage handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen zu den Änderungen in den Absätzen 3, 3a und 3b.

Zu den Buchstaben c, d und e

Fallen gesetzliche Feiertage auf einen Arbeitstag, verkürzen sich damit die vom Gesetzgeber zur Beschleunigung der Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Mitteilung an den Antragsteller vorgesehenen Fristen für die Medizinischen Dienste und Pflegekassen zum Teil erheblich. Die bisherige Bemessung der Fristen nach Wochen führte daher zu unterschiedlich vielen möglichen Bearbeitungstagen bei den Medizinischen Diensten und den Pflegekassen, da in den Bundesländern unterschiedlich viele gesetzliche Feiertage vorgesehen sind. Die Umstellung der bisherigen Wochenfristen auf Arbeitstage soll dazu beitragen, dass die Bearbeitungstage im Jahresverlauf für alle Medizinischen Dienste, Pflegekassen und Versicherten bundeseinheitlich sind. Als Arbeitstage gelten die Werktage von Montag bis Freitag. Damit wird den Medizinischen Diensten und den Pflegekassen in Zeiträumen, in denen besonders viele gesetzliche Feiertage auf Arbeitstage fallen, die fristgerechte Bearbeitung der Verfahren ermöglicht.

Zu Buchstabe f

Der bisherige Buchstabe a wird in redaktioneller Folgeänderung der Einfügungen zu Absatz 1 und von Absatz 2a (Erweiterung des Aussetzens der Wiederholungsbegutachtungen) als neue Buchstaben a und b zum Buchstaben f. Die bisher als Nummer 13 Buchstabe b vorgesehene Einführung eines neuen Verfahrens über die Gewährung von Hilfsmitteln oder Pflegehilfsmitteln (§ 18 Absatz 6a – neu –) wird erst zum 1. Januar 2017 in Kraft treten. § 18 Absatz 6a wird in geänderter Fassung durch eine weitere Änderung in Artikel 2 als neue Nummer 10 Buchstabe e eingefügt.

Zu Nummer 15 (§ 18c SGB XI: Evaluation der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff)

Zu Absatz 2

Zu Satz 1

Aufgrund der Vielgestaltigkeit der in der Evaluation nach Satz 2 zu berücksichtigenden Aspekte wird es ggfs. erforderlich sein, die Evaluation in mehr als einen Auftrag aufzuteilen. Die Änderung stellt klar, dass dies möglich ist.

Zu Satz 2 und 3

Die Änderung verdeutlicht wesentliche Bereiche, auf die im Rahmen der Evaluation Bezug zu nehmen ist. Dabei wird sichergestellt, dass sowohl die Perspektiven der Anwender des neuen Begutachtungsinstrumentes (Pflegekassen, Medizinische Dienste, Nummern 1 und 2), der Leistungserbringer (Nummern 5 und 6) und der Pflegebedürftigen (Nummern 4 und 6) einbezogen werden. Zugleich wird es erforderlich sein, sowohl die inhaltliche Umsetzung der durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff bedingten Veränderungen bei vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, in den pflegefachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation zu evaluieren, wobei auch die Vielfalt der Pflegebedürftigen (z.B. im Hinblick auf Geschlecht, sexuelle Identität oder Migrationshintergrund) berücksichtigt werden soll (Nummer 6), als auch die Auswirkungen auf andere Sozialleistungssysteme (z. B. gesetzliche Krankenversicherung, Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, soweit pflegebedürftige Menschen betroffen sind) in den Blick zu nehmen (Nummern 3 und 6). Soweit dabei auch Auswirkungen auf andere Sozialleistungssysteme aus dem Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales untersucht werden, erfolgt die Auftragserteilung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Zu Nummer 22 (§ 44a SGB XI: Ergänzung der Meldepflichten der Pflegekassen bzw. der privaten Pflegeversicherungsunternehmen gegenüber den Beihilfestellen; Vermeidung einer Doppelregelung zur Einbehaltung von Sozialversicherungsbeiträgen auf das Pflegeunterstützungsgeld)

Zu den Buchstaben a bis c

Für die (anteilige) Zahlung der Beiträge zur Krankenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld muss in Fällen eines Anspruchs des Pflegebedürftigen auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge die zuständige

Beihilfestelle bzw. der Dienstherr die zuständige Krankenkasse oder das zuständige private Krankenversicherungsunternehmen des Leistungsbeziehers kennen. Um diese nicht extra beim Leistungsbezieher erfragen zu müssen, sollen künftig die Pflegekasse bzw. das private Pflegeversicherungsunternehmen den Namen und die Anschrift der Krankenkasse bzw. des privaten Krankenversicherungsunternehmens zusammen mit den anderen bereits im Gesetz vorgesehenen Meldungen den Beihilfestellen bzw. dem Dienstherrn mitteilen. Dies führt zu einer Vereinfachung bei den Beihilfestellen bzw. dem Dienstherrn und vermeidet unnötige Doppelarbeit.

Die im Gesetzentwurf bisher vorgesehene Regelung entfällt, um Doppelregelungen zu vermeiden. Denn die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen können den Auszahlungsbetrag des Pflegeunterstützungsgeldes um den vom Beschäftigten aus dem Pflegeunterstützungsgeld zu tragenden Anteil an den Sozialversicherungsbeiträgen (d.h. an den Beiträgen zur Arbeitsförderung sowie zur Kranken- und Rentenversicherung) auf der Grundlage von Vorschriften im Dritten, Fünften und Sechsten Buch Sozialgesetzbuch vermindern (siehe dazu erstens zum Dritten Buch Sozialgesetzbuch die Regelung in § 349 Absatz 4a i. V. m. Absatz 5 SGB III sowie die Änderung dazu in Artikel 3 Nummer 11, siehe zweitens zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch die Regelung in Artikel 4 Nummer 5, siehe drittens zum Sechsten Buch Sozialgesetzbuch die Regelung in § 176 Absatz 1 Satz 3 SGB VI), ohne dass es noch einer weiteren Vorschrift im Elften Buch Sozialgesetzbuch bedarf. Diese Regelungen erstrecken sich jeweils bereits auch auf die privaten Versicherungsunternehmen, die Festsetzungsstellen für die Beihilfe und die Dienstherrn.

Zu Nummer 23a (§ 46 SGB XI: Gemeinsame Widerspruchsbescheide der Kranken- und Pflegekassen)

Die Regelung stellt sicher, dass für die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung nicht nur ein gemeinsamer Beitragsbescheid, sondern auch ein gemeinsamer Widerspruchsbescheid über die Beitragshöhe erlassen werden kann.

Zu Nummer 27 (§§ 92c und 92e SGB XI: Neuverhandlung und Umrechnungsverfahren bei der alternativen Überleitung für die teilstationären Pflegesätze)

Zu § 92c

Zu Satz 3

Es handelt sich um eine redaktionelle Berichtigung.

Zu Satz 5

Um die in Satz 5 gesetzlich vorgesehene Förderung einer effektiven Vereinbarungspraxis noch mehr zu betonen, wird der Gestaltungsspielraum für die Vereinbarungspartner der Pflegesatzkommissionen sowie der vergleichbaren landesspezifischen Gremien erweitert. Durch die Änderung wird sichergestellt, dass sich die Beteiligten – wie im Gesetzentwurf vorgesehen – an den Vorgaben der §§ 92d ff. zur alternativen Überleitung orientieren können, aber auch verdeutlicht, dass sie die Möglichkeit haben, sich davon losgelöst auf andere Grundlagen zu verständigen. Insbesondere für den teilstationären Pflegebereich können hiermit passendere Verfahren gewählt werden, um frühzeitig die Pflegesatzvereinbarungen für den Übergang zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff abschließen zu können. Damit wird die im Gesetz favorisierte Verhandlungslösung, welche der alternativen Überleitung nach §§ 92d ff. vorgeht, gestärkt und für die Praxis noch handhabbarer ausgestaltet.

Zu § 92e

Hinweise aus der Praxis haben ergeben, dass im teilstationären Bereich die Spreizung der Aufwände zwischen den Pflegegraden geringer ist als im vollstationären Bereich. Deshalb wird nunmehr für die Auffangregelung die Spannbreite der bisherigen nach Pflegestufen differenzierten durchschnittlichen Vergütungen für die Pflegegrade 2 bis 4 herangezogen. Für Pflegegrad 5 wird wie im vollstationären Bereich von einem etwas höheren Aufwand als im Pflegegrad 4 ausgegangen. Die Ursache der insgesamt geringeren Spreizung im teilstationären Bereich ist einerseits ein höherer Grad an gemeinschaftlicher Betreuung im Vergleich zum vollstationären Bereich. Andererseits resultieren die Unterschiede zwischen dem durchschnittlichen Aufwand in den einzelnen Pflegegraden vermutlich aus den körperbezogenen Pflegemaßnahmen, die überwiegend außerhalb der üblichen Zeiträume der Tagespflege morgens und abends stattfinden.

Zu Nummer 32 (§ 113 SGB XI: Maßstäbe und Grundsätze; Pflegedokumentation)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe bb

Zu Satz 3

Die Dokumentation von Pflegeleistungen ist ein selbstverständlicher und unentbehrlicher Bestandteil der Pflege. Sie dient dazu, eine professionelle und nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse auf den Pflegebedürftigen bezogene individuelle Pflege durchzuführen und nachzuweisen. Pflegekräfte sollen dabei nicht durch überflüssige Bürokratie gebunden werden, sondern in erster Linie für die Pflege und Betreuung der pflege- und hilfebedürftigen Menschen zur Verfügung stehen.

Die Ergänzung in Satz 3 überträgt den Vertragsparteien die Aufgabe, dass die pflegerischen Tätigkeiten zur Sicherstellung der Versorgung und der zeitliche Aufwand für die Pflegedokumentation in ein angemessenes Verhältnis gestellt werden. Sie soll die Einführung neuer Dokumentationssysteme in Pflegeeinrichtungen fördern. Insbesondere soll die vom Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung seit Ende 2014 im Rahmen eines Projektes unterstützte flächendeckende Einführung einer vereinfachten Pflegedokumentation (Strukturmodell) in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden. Bei dem neuen Modell der Pflegedokumentation geht es um ein grundlegend verändertes Verständnis bei der inhaltlichen Ausrichtung der Pflegedokumentation, aus der sich viele Veränderungen für deren Art und Umfang ergeben. Mit dem Strukturmodell wird der Praxis nun erstmals eine verlässliche, das heißt mit den Kosten- und Einrichtungsträgern sowie den Prüfinstanzen konsenterte und hinsichtlich wichtiger Rechtsfragen geprüfte Richtschnur zur angemessenen und sachgerechten Gestaltung der Pflegedokumentation an die Hand gegeben. Auf dieser Grundlage kann überflüssiger Dokumentationsaufwand erheblich reduziert werden, ohne fachliche Standards zu vernachlässigen, die Qualität der pflegerischen Versorgung zu gefährden oder haftungsrechtliche Risiken aufzuwerfen.

Zu Satz 6 (neu)

Das neue Dokumentationsmodell hat in der Erprobung bestätigt, dass es zu einer erheblich erhöhten Arbeitszufriedenheit, Motivation, verbesserten Orientierung und Übersichtlichkeit, Stärkung der Fachkompetenz bei den Pflegekräften sowie zu einer größeren Aufmerksamkeit gegenüber den Pflegebedürftigen führt und nicht nur die Reduzierung überflüssigen Dokumentationsaufwands bewirkt. Der Nutzen für Pflegebedürftige und Pflegende überwiegt daher mittel- und langfristig in erheblichem Maß den Aufwand bei der Einführung dieses Dokumentationsmodells. Entscheidend ist aber auch, dass durch den Abbau überflüssiger Dokumentation den Pflegebedürftigen und Pflegekräften wieder die notwendige Zeit für Pflege und Betreuung zur Verfügung steht. Die Einführung und Anwendung neuer Pflegedokumentationsmodelle, die wie das Strukturmodell dem pflegefachlichen Fortschritt und den Anforderungen nach Satz 3 genügen, können daher auch zu zeitlichen Einsparungen in den Pflegeeinrichtungen führen. Dies schafft eine Entzerrung innerhalb der Leistungserbringung in der konkreten Pflegesituation und wirkt dadurch der Tendenz zur Arbeitsverdichtung, die in den vergangenen Jahren vielfach der Dokumentationspflicht vorgehalten wurde, entgegen. Eine vergütungsrelevante Auswirkung auf die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtung und eine Absenkung der Pflegevergütung nach dem Achten Kapitel sind jedoch daraus in den Pflegevergütungsverhandlungen nicht abzuleiten. Dieses wird ausdrücklich im Gesetz klargestellt. Die Regelungswirkung greift unmittelbar nach Inkrafttreten von Artikel 1 und nicht erst nach Überarbeitung der Maßstäbe und Grundsätze durch die Vertragsparteien innerhalb der in § 113 Absatz 1 Satz 4 festgelegten Fristen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 33 (§ 113a SGB XI: redaktionelle Folgeänderung aufgrund Präventionsgesetz)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Durch das Präventionsgesetz, das am 25. Juli 2015 in Kraft getreten ist, wurde in § 113a Absatz 1 nach Satz 2 ein neuer Satz 3 eingefügt. Die Nummerierung der nachfolgenden Sätze hat sich dementsprechend verschoben. Im Gesetzentwurf des PSG II ist daher in Artikel 1 Nummer 33 Buchstabe a (§ 113a Absatz 1) die Nummerierung der zu ändernden und aufzuhebenden Sätze anzupassen.

Zu Nummer 34 (§ 113b SGB XI: Entwicklung von Instrumenten zur Darstellung von Lebensqualität)

Zu Absatz 1

Zu Satz 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einführung einer Übergangsregelung für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs-Richtlinien in § 115a – neu.

Zu Absatz 4

Zu Satz 2

Durch die Änderung wird die im Gesetzentwurf vorgesehene Begrenzung des Auftrages unter Nummer 4 aufgehoben. Der Auftrag ist nunmehr nicht nur auf die Entwicklung von Modulen für die Befragung von Pflegebedürftigen beschränkt, sondern erfasst auch andere Instrumente für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität, wie z. B. die Befragung von Angehörigen. Bereits das vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ hatte auch die Befragung von Angehörigen einbezogen und insgesamt die Erfassbarkeit von Lebensqualität in der stationären Pflege durch Indikatoren thematisiert. Bei der Entwicklung von ergänzenden Instrumenten für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität sollen auch Erfahrungen von Praxisprojekten, die Informationen zur Lebensqualität in der Pflege strukturiert und nutzerorientiert zugänglich machen, berücksichtigt werden.

Zu Nummer 35 (§ 113c SGB XI: Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen)

Zu Absatz 1

Durch die Änderungen werden die inhaltlichen Ziele und das Verfahren der Entwicklung und Erprobung eines neuen Verfahrens zur Personalbemessung konkretisiert. Ziel ist es, ein Verfahren der Personalbemessung zu entwickeln und zu erproben, aus dem sich Maßstäbe für die Personalausstattung von Pflegeeinrichtungen ableiten lassen. Dieses Verfahren muss empirisch abgesichert und valide sein und eine Aktualisierung in bestimmten zeitlichen Abständen ermöglichen. Die Ermittlung von Maßstäben soll Anhaltszahlen für den Personalbedarf in der Unterscheidung nach beruflichen Qualifikationen auch mit Bezug auf Gruppen von Pflegebedürftigen mit vergleichbarem Pflegeaufwand einbeziehen. Dabei sind die fachlichen Ziele des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Stärkung der Fähigkeiten und der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen) ebenso wie die fachliche Angemessenheit und die Qualität der Maßnahmen zu berücksichtigen. Dabei ist auch der Zusammenhang zwischen der Qualität der Maßnahmen und der Gehaltsstruktur der Beschäftigten in den Blick zu nehmen. Die Ergebnisse hat die Selbstverwaltung auf Bundesebene in den weiteren verbindlichen Vorgaben für die pflegerische Versorgung zu berücksichtigen. Die Vertragsparteien nach § 113 erhalten dabei Unterstützung durch die unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6.

Zu Absatz 2 und 3

Die Änderungen in Absatz 2 dienen einer stärkeren Verschränkung mit der Arbeit des Qualitätsausschusses, um die inhaltliche Abstimmung mit den durch den Qualitätsausschuss bearbeiteten Themen zu verbessern, eine abgestimmte Implementierung der Wirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erreichen und die dort geregelten Strukturen zu nutzen. So werden die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen (Betroffenenorganisationen) ebenfalls an der Entwicklung und Erprobung eines neuen Verfahrens zur Personalbemessung beteiligt. Die Vertragsparteien werden in ihrer Arbeitsweise auf einzelne einschlägige Bereiche der Verfahrensordnung nach § 113b Absatz 7 verpflichtet; insbesondere sollen die vereinbarten Regelungen zu § 113b Absatz 7 Nummer 4, 6 bis 10 entsprechend Anwendung finden. Damit wird eine effiziente Arbeitsweise der Vertragsparteien im Rahmen von § 113c ermöglicht.

Absatz 3 trifft Regelungen, um eine zeitgerechte Aufgabenerfüllung durch die Selbstverwaltung sicherzustellen. Das Bundesministerium für Gesundheit stellt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einen Zeitplan auf, der zeitliche Ziele für die einzelnen Schritte der Entwicklung und Erprobung sowie Auftragsvergabe festlegt.

Zu Absatz 4

Ist die zeitplangerechte Umsetzung der Aufgaben nach Absatz 3 durch die Selbstverwaltung gefährdet oder werden Fristen des Zeitplans versäumt, erhält das Bundesministerium für Gesundheit das Recht, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einzelne Verfahrensschritte im Wege der

Ersatzvornahme selbst durchzuführen. Damit und mit der Möglichkeit, innerhalb von vier Monaten das Verfahren und die Inhalte der Beauftragung zu bestimmen, wird sichergestellt, dass es nicht durch fehlende Einigung in der Selbstverwaltung zu Verzögerungen kommt.

Zu Nummer 37 (§ 114a SGB XI: Aufhebung der Ankündigungspflicht bei Anlassprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen; Änderung bei Einwilligungen zu Inaugenscheinnahmen)

Zu Buchstabe a

Die Ankündigungspflicht für Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen wurde durch das im Jahr 2012 in Kraft getretene Pflege-Neuausrichtungsgesetz eingeführt. Der Grundsatz der unangemeldeten Prüfung besteht seither nur noch für stationäre Pflegeeinrichtungen. Hintergrund der Gesetzesänderung war die Annahme, dass bei der Prüfung von ambulanten Pflegeeinrichtungen in der Praxis ohnehin vielfach eine Prüfanündigung am vorherigen Tag stattfindet, um die Anwesenheit der Pflegedienstleitung und die organisatorische Durchführung der jährlichen Regelprüfung sicherzustellen. Zur Sicherstellung der Durchführbarkeit von Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen sollen diese weiterhin grundsätzlich am Tag vorher angekündigt werden.

Zukünftig wird jedoch durch die Neuregelung nach der Prüfungsart differenziert. Anlassprüfungen sollen bei ambulanten Pflegeeinrichtungen im Regelfall unangemeldet durchgeführt werden. Insbesondere wenn konkrete Hinweise auf Gewalt in der Pflege, schwere Fehler bei der Medikamentenversorgung, unkorrekte Abrechnung der erbrachten Leistungen oder Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Sinne von § 197a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder § 47a des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorliegen, ist die Durchführung von unangemeldeten Anlassprüfungen angezeigt. Zum Schutz der Pflegebedürftigen muss bei bestimmten konkreten Anhaltspunkten ein unverzügliches Handeln der Landesverbände der Pflegekassen möglich sein. Zukünftig sollen daher Anlassprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen wieder unangemeldet durchgeführt werden, um Verdachtsfälle schnell und unbürokratisch aufklären zu können. Mit dieser Änderung wird ein Vorschlag des Bundesrates aus seiner Stellungnahme (Bundestags-Drucksache 18/6182, Nr. 30) aufgegriffen.

Zu Buchstabe b

Seit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes im Jahr 2012 ist geregelt, dass die Einwilligung des Pflegebedürftigen in eine Inaugenscheinnahme im Rahmen von Qualitätsprüfungen in Textform abgegeben werden muss. Ist der Pflegebedürftige einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen; auch hier gilt das Textformerfordernis. Letzteres führt in der Praxis zu Schwierigkeiten bei der Durchführung von unangemeldeten Qualitätsprüfungen, wenn es gesetzlichen Betreuern oder Vorsorgebevollmächtigten von Pflegebedürftigen nicht möglich ist, kurzfristig die Einwilligung schriftlich oder in Textform zu erklären. Insbesondere bei Anlassprüfungen, in denen es gerade auf die Einbeziehung des betreffenden Pflegebedürftigen in die Stichprobe ankommt, wird dadurch der Zweck der Prüfung erschwert. Grundsätzlich ist aus datenschutzrechtlichen Gründen daran festzuhalten, dass die erforderliche Einwilligung in Textform erteilt werden muss. Zur Sicherstellung der Durchführbarkeit von unangemeldeten Prüfungen wird jedoch mit dieser Änderung geregelt, dass die Einwilligung ausnahmsweise auch mündlich (telefonisch) erfolgen kann, wenn andernfalls die unangemeldete Prüfung erschwert oder verhindert würde. Um die Einholung der mündlichen Einwilligung auch später nachvollziehen zu können, ist diese schriftlich zu dokumentieren. Deutlich wird darauf hingewiesen, dass ein Abweichen von dem Textformerfordernis nur in Ausnahmefällen zugelassen wird; daher sind die Gründe für ein ausnahmsweises Abweichen von der erforderlichen Textform ebenfalls schriftlich zu dokumentieren.

Mit dieser Änderung wird ein Vorschlag des Bundesrates aus seiner Stellungnahme aufgegriffen (Bundestags-Drucksache 18/6182, Nr. 19).

Zu Buchstabe c

Die Regelung entspricht der bisherigen Nummer 37 des Gesetzentwurfs.

Zu Nummer 38a (§ 115a SGB XI: Übergangsregelung für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs-Richtlinien)

Zu Absatz 1

Die Regelung schafft die notwendige sichere Rechtsgrundlage für Qualitätsprüfungen in dem Übergangszeitraum zu einer neuen Form der Qualitätsmessung, Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung. Die Pflege-Transparenzvereinbarungen und die Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 (Qualitätsprüfungs-Richtlinien) beziehen sich in den am 31. Dezember 2015 bestehenden Fassungen auf die zum 1. Januar 2017 abzulösenden Pflegestufen; insbesondere liegt den Stichprobenregelungen die Einteilung in Pflegestufen zu Grunde. Mit Ablösung der Pflegestufen durch Pflegegrade zum 1. Januar

2017 durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments sind die Qualitätsprüfungs-Richtlinien und die Pflege-Transparenzvereinbarungen in den vorliegenden Fassungen nicht mehr anwendbar. Mit dieser Übergangsregelung wird sichergestellt, dass die Qualitätsprüfung und Qualitätsdarstellung an diese Veränderungen angepasst werden. Die Vertragsparteien nach § 113 sind verpflichtet, die betreffenden Regelungen der Pflege-Transparenzvereinbarungen an die Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade anzupassen. Kommt bis zum 30. April 2016 keine Einigung zustande, entscheidet der Qualitätsausschuss in seiner erweiterten Form nach § 113b Absatz 3 bis zum 30. Juni 2016. Die übergeleiteten Pflege-Transparenzvereinbarungen gelten ab 1. Januar 2017 bis zum Abschluss der in § 115 Absatz 1a vorgesehenen Qualitätsdarstellungsvereinbarungen.

Zu Absatz 2

Die Schiedsstelle Qualitätssicherung wird am 1. Januar 2016 in einen Qualitätsausschuss überführt. Schiedsverfahren zu den Pflege-Transparenzvereinbarungen, die bei Inkrafttreten der Regelungen des Gesetzes am 1. Januar 2016 bereits anhängig, jedoch noch nicht abgeschlossen sind, werden nach Maßgabe des § 113b Absatz 2, 3 und 8 durch den Qualitätsausschuss entschieden; die Verfahren sind bis zum 30. Juni 2016 abzuschließen.

Zu Absatz 3

Die Regelung stellt sicher, dass Qualitätsprüfungen auch während der Vorbereitung auf ein neues, wissenschaftsbasiertes Qualitätssicherungsverfahren auf einer verbindlichen Rechtsgrundlage stattfinden. Deshalb wird angeordnet, dass die am 31. Dezember 2015 geltenden Qualitätsprüfungs-Richtlinien mit den schrittweisen Anpassungen nach den Absätzen 4 und 5 bis zum Inkrafttreten der mit diesem Gesetz neu zu schaffenden Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 in der ab dem 1. Januar 2016 geltenden Fassung fortgelten und für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich sind.

Zu Absatz 4

In Absatz 4 wird daher festgelegt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Qualitätsprüfungs-Richtlinien unverzüglich an die sich zum 1. Januar 2016 unmittelbar aus dem Gesetz für Qualitätsprüfungen ergebenden Änderungen – insbesondere in Bezug auf Anlassprüfungen und Abrechnungen als Bestandteil der Qualitätsprüfung – in einem ersten Anpassungsschritt anpasst. Zur Anpassung ist ein Beteiligungsverfahren durchzuführen, die Mitwirkungsrechte der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen (Betroffenenorganisationen) nach § 118 sind zu beachten. Die angepassten Richtlinien bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Zu Absatz 5

Darüber hinaus hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die nach Absatz 4 angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien bis zum 30. September 2016 an die nach Absatz 1 übergeleiteten und gegebenenfalls nach Absatz 2 geänderten Pflege-Transparenzvereinbarungen anzupassen. Zur Anpassung ist ein Beteiligungsverfahren durchzuführen, die Mitwirkungsrechte der Betroffenenorganisationen nach § 118 sind zu beachten. Die angepassten Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit rechtzeitig zur Genehmigung vorzulegen; sie gelten ab 1. Januar 2017 bis zum Inkrafttreten der in § 114a Absatz 7 vorgesehenen Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung.

Zu Nummer 40 (§ 118 SGB XI: Redaktionelle Folgeänderung aufgrund Einführung von § 115a)

Die Regelung entspricht im Wesentlichen Nummer 40 des Gesetzentwurfs. Die Änderungen gegenüber dem Gesetzentwurf stellen eine Folgeänderung aufgrund der Einführung einer Übergangsregelung für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs-Richtlinien in § 115a – neu – dar.

Zu Artikel 2 (SGB XI)**Zu Nummer 1**

Zu Buchstabe b (Inhaltsübersicht; redaktionelle Änderung)

Es handelt sich um eine rechtsförmlich bedingte redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 5a (§ 12 Absatz 2 SGB XI: Anpassung an den neuen § 36 SGB XI)

Die Änderungen folgen der Neufassung des § 36 infolge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und stellen insbesondere klar, dass die ambulante Versorgung durch ambulante Pflegedienste die Leistungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung zu umfassen hat. Entsprechendes gilt auch für die ambulante Versorgung durch Einzelpersonen nach § 77 und die damit verbundenen Vergütungen. Die Neufassung des § 36 ist auch bei ambulanten Pflegeverträgen nach § 120 zu berücksichtigen.

Zu Nummer 7 (§ 14 SGB XI: Begriff der Pflegebedürftigkeit; begriffliche Klarstellung im Bereich „Selbstversorgung“)

Zu § 14 Absatz 2 Nummer 4

Durch die Änderung werden zwei Kriterien, die im Rahmen des Lebensbereichs „Selbstversorgung“ für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit maßgeblich sind, zu einem Kriterium zusammengefasst. Damit kann das Kriterium durch die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste in der Begutachtung besser erhoben werden, insbesondere bildet es die tatsächliche Versorgungssituation von Pflegebedürftigen, die neben oder anstelle einer oralen Nahrungsaufnahme eine Ernährung über eine Sonde oder zum Beispiel einen Portkatheter benötigen, besser ab.

Zu Nummer 10 (§ 18 SGB XI: Redaktionelle Berichtigung zur Feststellung nach § 45a, redaktionelle Klarstellung im Modul „Haushaltsführung“; Empfehlung von Pflegehilfsmitteln und Hilfsmitteln durch MDK-Gutachter)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe cc

Satz 3 wurde durch Artikel 1 mit Wirkung zum 1. Januar 2016 eingefügt. Da ab dem 1. Januar 2017 keine regulären Begutachtungen nach § 45a in der Fassung am 31. Dezember 2016 erfolgen, wird Satz 3 zum 1. Januar 2017 obsolet.

Zu Buchstabe d

Durch die Änderung wird klargestellt, dass „Umgang mit finanziellen Angelegenheiten“ und „Umgang mit Behördenangelegenheiten“ zwei verschiedene Kriterien sind.

Zu Buchstabe e

Die im Gesetzentwurf derzeit in Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe b vorgesehene Einführung der Vorschrift zur Entbürokratisierung und Beschleunigung des Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverfahrens soll erst am 1. Januar 2017 in Kraft treten, um die notwendigen Vorbereitungen bei Pflegekassen und Medizinischen Diensten zu ermöglichen. Daher erfolgt die Einführung der Änderung jetzt in Artikel 2 Nummer 10 Buchstabe e. Es werden inhaltliche Änderungen gegenüber dem Gesetzentwurf vorgenommen, die die Praktikabilität dieser Regelung stärken:

Die Gutachterinnen und Gutachter sollen so konkret wie möglich die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel beschreiben, die für den Versicherten nach seinen individuellen Lebensumständen fachlich sinnvoll sind. Das Verfahren über die Gewährung von Hilfsmitteln oder Pflegehilfsmitteln ist zeitlich nicht mit dem Verfahren über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit verknüpft. Der Versand des Bescheids über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit soll nicht verzögert werden (Streichung der entsprechenden Passage in Satz 8).

Mit Satz 5 wird klargestellt, dass die Vermutung der Erforderlichkeit der Versorgung mit Hilfsmitteln, die den Zielen des § 40 SGB XI entsprechen, auch die Entbehrlichkeit einer ärztlichen Verordnung (§ 33 Absatz 5a SGB V) zur Folge hat. Dies wurde bereits in der Begründung des Regierungsentwurfs ausgeführt und wird aus Gründen der Rechtssicherheit nun auch in den Normtext aufgenommen.

Da das Inkrafttreten des § 18 SGB XI auf den 1. Januar 2017 verschoben wurde, wird die Fristenregelung entsprechend angepasst. Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sollen die gesetzliche Vermutung und der Verzicht auf eine ärztliche Verordnung in Satz 5 zunächst für einen Zeitraum von drei Jahren erprobt werden.

Zu Nummer 11 (§ 19 SGB XI: Streichung der Vermutungsregelung)

Die vorgeschlagene Fassung entspricht dem Buchstaben a in dem Gesetzentwurf.

Buchstabe b des Gesetzentwurfs enthält eine Vermutungsregelung für den Pflegeaufwand in Pflegegrad 1. Die Streichung des Buchstaben b des Gesetzentwurfs entspricht einer Forderung des Bundesrates.

Zu Nummer 13 (§ 28 SGB XI: Folgeänderung zur Einführung des § 28 Absatz 5 durch das Hospiz- und Palliativgesetz bei Aufhebung des § 28 Absatz 4 durch das PSG II)

Zu Buchstabe d

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz wird dem § 28 ein neuer Absatz 5 angefügt. Da der bisherige Absatz 4 jedoch durch das PSG II aufgehoben wird, ist es erforderlich, aus dem neuen Absatz 5 Absatz 4 zu machen. Dies geschieht mit dieser Änderung.

Zu Nummer 15 (§ 33 SGB XI: Begriffliche Anpassung an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff)

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen infolge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Neben den in § 33 Absatz 1 bereits vorgesehenen Änderungen werden in Satz 5 zusätzlich die Worte „des Hilfsbedarfs“ im Sinne der neuen Definition von Pflegebedürftigkeit in § 14 durch die Wörter „der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“ ersetzt. Zukünftig ist nicht mehr der Hilfebedarf bei bestimmten Vorrichtungen, sondern die Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit.

Zu Nummer 17 (§ 36 SGB XI: Inhaltliche Bestimmung des Begriffs „pflegerische Betreuungsmaßnahmen“)

Zu Absatz 2

Das Konzept des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes berücksichtigt Beeinträchtigungen der Selbständigkeit, die Hilfen bei der Anleitung, Motivation und Schulung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen erfordern. Vor diesem Hintergrund wird nunmehr auch ausdrücklich vorgesehen, dass auch die fachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und in die Pflege eingebundenen Pflegepersonen einschließlich einer vorhergehenden Problem- und Bedarfserschätzung Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist. Pflegekräfte im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe sind in aller Regel nur zu bestimmten Tages- oder Nachtzeiten beim Pflegebedürftigen. Situationen beim Pflegebedürftigen, die ein Handeln der an der Pflege Beteiligten erfordern, treten aber häufig auch außerhalb der Anwesenheitszeiten der Pflegekräfte auf. Daher ist es Bestandteil der Leistung, durch pflegefachliche Anleitung der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen diese darin zu unterstützen, auch während Zeiten der Abwesenheit pflegerrelevante Situationen gut bewältigen zu können. Diese Art der pflegefachlichen Anleitung findet laufend und situationsbezogen im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe statt. Sie wird ergänzt und vertieft durch die Möglichkeit zur Beratung im Rahmen der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 und durch die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von individuellen und Gruppenschulungen nach § 45.

Die Ausführungen zum Begriff der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe in § 36 Absatz 2 beinhalten die schon bisher in Artikel 2 des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes in der Begründung zu § 36 enthaltenen Elemente pflegerischer Betreuungsmaßnahmen; diese werden nun in den Gesetzestext überführt. Ziel ist es, die gesetzliche Gestaltung der Schnittstellen zu anderen Sozialleistungssystemen, insbesondere zur Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, zu erleichtern und den Leistungsinhalt pflegerischer Betreuungsmaßnahmen für die Bürgerinnen und Bürger sowie für die betroffenen Sozialleistungsträger transparenter darzustellen. Inhaltlich sind hiermit keine Änderungen verbunden, es wird daher vollumfänglich auf die Begründung zu § 36 in Artikel 2 des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes Bezug genommen.

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen insbesondere Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung sowie Unterstützungsleistungen bei der Bewältigung auftretender psychosozialer Problemlagen oder von Selbst- oder Fremdgefährdungen und bei der Orientierung, insbesondere der räumlichen und zeitlichen Orientierung des Pflegebedürftigen, bei der Tagesstrukturierung, den individuellen Bedürfnissen Rechnung tragenden Aktivitäten wie beispielsweise Musik hören, Zeitung lesen oder dem Betrachten von Fotoalben, bei der Kommunikation und bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte im Alltag. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen können auch durch Anwesenheit einer geeigneten Pflegekraft, die jeweils bei Bedarf situationsgerecht Unterstützung leistet, erbracht werden.

Psychische Problemlagen sind oft dadurch gekennzeichnet, dass sie einen psychosozialen Unterstützungsbedarf nach sich ziehen. Insoweit sind die Erläuterungen zu Artikel 2 §§ 14 Absatz 2 sowie 36 Absätze 1 und 2 des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes hier uneingeschränkt heranzuziehen.

Pflegerische Betreuungsmaßnahmen werden in Bezug auf das häusliche Umfeld erbracht. Sie weisen damit einen unmittelbaren Bezug zur Gestaltung des alltäglichen Lebens im Zusammenhang mit einem Haushalt und seiner häuslichen Umgebung auf. Die Maßnahmen erfolgen dementsprechend zur Unterstützung bei der Gestaltung des alltäglichen Lebens in Bezug zum Haushalt und bei Aktivitäten mit engem räumlichem Bezug hierzu. Wie bislang können pflegerische Betreuungsmaßnahmen dabei nicht nur in Bezug auf das häusliche Umfeld des Pflegebedürftigen selbst erbracht werden, sondern beispielsweise auch im häuslichen Umfeld seiner Familie oder anderer nahestehender Menschen oder bei der gemeinsamen Inanspruchnahme häuslicher Pflegehilfe zum Beispiel im häuslichen Umfeld eines der Beteiligten oder seiner Familie.

Die Leistungen dienen auch der alltäglichen Freizeitgestaltung mit Bezug zur Gestaltung des häuslichen Alltags. Die Maßnahmen beziehen sich hingegen insbesondere nicht auf die Unterstützung des Besuchs von Kindergarten oder Schule, der Ausbildung, der Berufstätigkeit oder sonstigen Teilhabe am Arbeitsleben, der Ausübung von Ämtern oder der Mitarbeit in Institutionen oder in vergleichbaren Bereichen. Auch Leistungen, die in den Verantwortungsbereich eines anderen Sozialleistungsträgers fallen, etwa das Verabreichen von Medikamenten im Rahmen der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, gehören (unter Berücksichtigung von gesetzlichen Vorschriften, die das Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen regeln) nicht zur pflegerischen Betreuung im Sinne dieser Vorschrift.

Dies entspricht auch dem Inhalt der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im Sinne des § 124 SGB XI, nach dem bereits bislang Anspruch auf Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld bestand, im Besonderen bezüglich der Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen. Hierzu können beispielsweise auch Spaziergänge in der näheren Umgebung, die Ermöglichung des Besuchs von Verwandten und Bekannten oder die Begleitung zum Friedhof oder zum Gottesdienst beitragen (vgl. auch Bundestags-Drucksache 17/9369, S. 53, Bundestags-Drucksache 18/5926, S. 120).

Zu Nummer 20 (§ 38a SGB XI: Redaktionelle Berichtigungen; Klarstellungen zur Änderung des § 38a SGB XI)
Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe ee

Durch die Streichung des erläuternden Klammerzusatzes soll vermieden werden, dass hinsichtlich des Begriffs der anbietersverantworteten ambulant betreuten Wohngruppe im Bundesrecht und in den landesheimrechtlichen Regelungen voneinander abweichende Auslegungen auftreten. Die von den Ländern jeweils getroffenen Definitionen bleiben vielmehr unberührt. Hiermit wird auch einer Forderung des Bundesrates Rechnung getragen.

Die weitere Streichung stellt die Zielsetzung sicher, dass durch den Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe oder einen Dritten im Rahmen der vom Anbieter oder Dritten angebotenen bzw. gewährleisteten Leistungen insgesamt ein Leistungsumfang, der einer vollstationären Versorgung weitgehend entspricht, nicht erbracht wird. Vielmehr kann die Versorgung in der Wohngruppe insbesondere auch durch die aktive Einbindung der eigenen Ressourcen der Pflegebedürftigen und ihres sozialen Umfeldes sichergestellt werden.

Zur näheren Definition und Abgrenzung des Begriffs ambulant betreuter Wohngruppen werden in der Fachwelt weitere Vorschläge erörtert. Die jetzt vorgenommenen Anpassungen der Regelung stellen eine behutsame Konkretisierung der Anforderungen dar, ohne den weiteren Auf- und Ausbau dieser neuen Wohnformen zu behindern. Im Zusammenhang mit der Fortentwicklung der Voraussetzungen für Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen wird zudem die Frage aufgeworfen, ob eine Anrechnung der Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf die Leistungen nach § 38a ausgeschlossen werden muss, um die Leistungen des § 38a in ihrer Wirkung nicht zu beeinträchtigen. Insoweit bleibt die Entwicklung im Rahmen zukünftiger Gesetzgebungsverfahren abzuwarten.

Zu Nummer 21 (§ 39 SGB XI: Keine Erforderlichkeit des Vorliegens von Pflegegrad 2 während der sechsmonatigen Vorpflegezeit)

Die bisherige Änderung des § 39, dass der Anspruch auf Verhinderungspflege ab der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Pflegebedürftigen zusteht, die mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft sind, wird beibehalten. Sie wird nunmehr ergänzt durch die Klarstellung, dass Pflegegrad 2 nicht bereits während der sechsmonatigen

Vorpflegezeit vorliegen muss. Die Vorpflegezeit ist somit etwa auch dann als erfüllt anzusehen, wenn der Pflegebedürftige in dieser Zeit in Pflegegrad 1 (geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, vgl. § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 1) eingestuft war. Dies dient der Unterstützung und Förderung der häuslichen Pflege im Allgemeinen sowie der Pflegebereitschaft von Angehörigen, Freunden oder sonstigen ehrenamtlichen Pflegepersonen im Besonderen: Nach Höherstufung in Pflegegrad 2 muss nicht sechs weitere Monate gewartet werden, bevor der Anspruch auf Verhinderungspflege geltend gemacht werden kann, wenn der Pflegebedürftige bereits mit Pflegegrad 1 mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt wurde.

Zu Nummer 24 (§ 43 SGB XI: Wegfall der bisherigen Regelung zur Sicherstellung eines Mindesteigenanteils; Entfallen des in bestimmten Fallkonstellationen vorgesehenen Abschlags bei vollstationärer Pflege)

Zu den Buchstaben b und c

Die Neufassung führt dazu, dass der bisherige Satz 3 des zweiten Absatzes wegfällt. Die bisherige Regelung in Satz 3, nach der die Pflegeversicherung mit ihren Leistungsbeträgen nicht mehr als 75 Prozent des Gesamtheimentgelts in vollstationärer Pflege abdecken soll, diente der Sicherstellung eines angemessenen Eigenanteils der Pflegebedürftigen im Rahmen des Teilleistungssystems Pflegeversicherung. In der Praxis findet die Regelung nur selten Anwendung, weil die Heimentgelte in der Regel um mehr als ein Drittel über den Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung liegen. Mit dem vorgesehenen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil am Pflegesatz sind nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs alle vom Pflegebedürftigen zu zahlenden Komponenten des Heimentgelts in vollstationärer Pflege in den Pflegegraden 2 bis 5 absolut gleich hoch. Eine prozentuale Begrenzung der Leistungspflicht der Pflegeversicherung würde in den (wenigen) Anwendungsfällen dazu führen, dass die höheren Pflegegrade (wegen des höheren Anteils der Leistungsbeträge am Gesamtheimentgelt) von der Regelung betroffen wären, die niedrigeren aber nicht. Damit würde das Prinzip der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile durchbrochen. Zusätzlich würde die Anwendung der Bestandsschutzregelungen in Kürzungsfällen erschwert. Angesichts dessen und vor dem Hintergrund von Hinweisen aus der Praxis, dass die Regelung im Rahmen der Überleitung wieder etwas häufiger zum Tragen käme, wird sie deshalb gestrichen.

Die bisher im Gesetzentwurf enthaltene Abschlagsregelung knüpfte inhaltlich an die derzeit geltende Regelung des § 43 Absatz 4 an. Beide werden nicht aufrechterhalten.

Im geltenden Recht wird bestimmt, dass Pflegebedürftige, die vollstationäre Pflege wählen, obwohl diese nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist, zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe des in § 36 Absatz 3 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Gesamtwertes erhalten. Der dahinter stehende Gedanke ist, dass Pflegebedürftige nicht in den Genuss der - gegenüber der ambulanten Pflegesachleistung bislang höheren - Leistungsbeträge für die vollstationäre Pflege kommen sollen, da vollstationäre Pflege in ihrem Fall (noch) nicht erforderlich ist. Sie sollen aber auch nicht schlechter stehen als sie bei der Pflege in der eigenen Häuslichkeit stehen würden. Daher werden die Leistungsbeträge, die zu Hause für ambulante Pflegesachleistungen zur Verfügung stehen, als Zuschuss zu den Kosten des Heimaufenthalts gezahlt. Infolge der mit diesem Gesetz vorgenommenen Neuordnung der Leistungsbeträge für die ambulante und die vollstationäre Pflege kann diese Regelung nicht mehr aufrecht erhalten werden, da die Leistungsbeträge für ambulante Sachleistungen nun teilweise höher liegen als die Leistungsbeträge, die in dem gleichen Pflegegrad für die vollstationäre Pflege vorgesehen sind. Dies ist Ausfluss einerseits der wiederholt vorgenommenen Stärkung der häuslichen Pflege und andererseits der Einführung eines einrichtungseinheitlichen pflegebedingten Eigenanteils in der vollstationären Pflege.

Anstelle der bisherigen Regelung sieht der Gesetzentwurf vor, dass sowohl auf die für die vollstationäre Pflege vorgesehenen Sachleistungsbeträge der Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 als auch auf den Zuschuss für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 ein Abschlag in Höhe von 20 Prozent eingeführt wird, wenn nach der Feststellung der Pflegekasse vollstationäre Pflege nicht erforderlich ist. In Höhe des Abschlags sind die Kosten dann von dem Pflegebedürftigen bzw. ggf. vom Träger der Sozialhilfe zu tragen.

Hinsichtlich der Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 ist allerdings in der Regel davon auszugehen, dass sie nicht ohne gute Gründe ein vollstationäres Pflegeheim wählen, um ihre Versorgung sicherzustellen. In den meisten Fällen wird eine nähere Prüfung auch zu dem Ergebnis führen, dass eine vollstationäre Pflege im Einzelfall doch gerechtfertigt ist. In diesen Fällen werden die Betroffenen mit einem erhöhten Begründungsaufwand und die Pflegekassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung mit Prüfaufwand belastet, der sich im Ergebnis als unnötig erweist. In den wenigen Fällen, in denen theoretisch auch eine häusliche Pflege vorstellbar wäre und der Abschlag zur Anwendung kommen könnte, bedeutet er für die Pflegebedürftigen vor allem in den höheren Pflegegraden jedoch eine unangemessen hohe Belastung.

Hinsichtlich des Pflegegrades 1 führt die Regelung ebenfalls zu unangemessenen Ergebnissen. Denn der neue § 43 Absatz 3 sieht vor, dass Pflegebedürftige des Pflegegrades 1, die vollstationäre Pflege wählen, an sich – ähnlich der Konzeption des heutigen Rechts – denselben Betrag als Zuschuss bekommen sollen, den sie bei ambulanter Pflege im Rahmen des Entlastungsbetrags für Leistungen verwenden könnten. Auf diesen Betrag von 125 Euro monatlich einen Abschlag in Höhe von 20 Prozent vorzunehmen, erscheint unangemessen.

Die Abschlagsregelung des Absatzes 4 wird daher aufgehoben. Dies dient gleichzeitig auch der Entbürokratisierung und der Entlastung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.

Zu Nummer 27 (§ 44 SGB XI: Streichung des Mindestpflegeaufwands von 30 Prozent bzw. des addierten Mindestpflegeaufwandes von 30 Prozentpunkten bei Mehrfachpflege; Vereinfachung der Feststellungen durch die Gutachter)

Zu Buchstabe a

Zu Absatz 1

Zu Satz 4 und 5

Der bisher im Gesetzentwurf enthaltene Mindestpflegeaufwand von 30 Prozent bzw. der addierte Mindestpflegeaufwand von 30 Prozentpunkten sollte bei Mehrfachpflege sicherstellen, dass eine nur in sehr geringem Umfang ausgeübte Pfl egetätigkeit nicht zu einer Beitragszahlung zur Rentenversicherung führt. Die 30-Prozent-Regelung wird nun gestrichen, da das Ziel des Ausschlusses von Rentenversicherungsbeiträgen für geringfügige Pflege bereits durch die Voraussetzung der Pflege von zehn Stunden wöchentlich (verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche) weitestgehend sichergestellt ist. Dementsprechend wird auch eine Regelung zur Versicherungsfreiheit bei nur geringfügiger Pflege trotz Streichung der 30-Prozent-Regelung nicht für erforderlich gehalten. Daher bleibt es bei der Streichung der bisherigen Regelung zur Versicherungsfreiheit (§ 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, Satz 2 SGB VI) im Gesetzentwurf.

In den Fällen, in denen zwei oder mehrere Pflegepersonen sich die Pflege eines Pflegebedürftigen teilen (Mehrfachpflege), hat der Gutachter im Hinblick auf deren Anspruch auf eine Absicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung den Umfang der jeweiligen Pfl egetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von allen Pflegepersonen zu leistenden Pfl egetätigkeit (Gesamtpflegeaufwand) festzustellen. Er legt dabei nach dem neuen Satz 4 die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde. Da die Höhe des Gesamtanspruchs aller beteiligten Pflegepersonen auf Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen durch die Pflegeversicherung gesetzlich festgelegt ist, bedarf es im Interesse der Verfahrensvereinfachung keiner Überprüfung der Angaben der beteiligten Pflegepersonen.

Machen die beteiligten Pflegepersonen keine Angaben, findet nach dem neuen Satz 5 eine gleichmäßige Aufteilung des Anspruchs auf alle Beteiligten statt. Können sich die Beteiligten nicht auf übereinstimmende Angaben verständigen, wird der Gutachter zunächst durch Vermittlung zu einer Einigung beitragen. Kommt es dennoch nicht zu übereinstimmenden Angaben, erfolgt eine gleichmäßige Aufteilung des Anspruchs auf die beteiligten Pflegepersonen. Es ist davon auszugehen, dass eine Einigung über die Aufteilung der Rentenversicherungsbeiträge in der Regel einvernehmlich möglich ist. Denn auch die Verwendung und Aufteilung des Pflegegeldes – und hier geht es finanziell um mehr – gelingt innerhalb der Familien ohne eine Einflussnahme durch die Pflegekassen.

Zu Satz 6

Sprachliche Anpassung an die Formulierung in Absatz 6.

Zu Buchstabe f

Folgeänderung zur Änderung in § 44 Absatz 1 (Wegfall der Voraussetzung eines Mindestpflegeaufwandes von 30 Prozent bzw. eines addierten Mindestpflegeaufwandes von 30 Prozentpunkten bei Mehrfachpflege).

Zu Nummer 29 (§§ 45a, 45c SGB XI: Gesetzliche Verankerung der Zulässigkeit integrierter Angebote zur Unterstützung im Alltag; gesetzliche Klarstellung zum Verhältnis von Umwandlungsanspruch und Entlastungsbetrag; Einführung der Förderung auch einer strukturierten regionalen Zusammenarbeit in Netzwerken aus den Mitteln des § 45c SGB XI)

Zu § 45a

Zu Absatz 1 Satz 3

Durch die Änderung wird im Gesetz ausdrücklich geregelt, dass ein Angebot zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a auch mehrere der in Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Bereiche aus einer Hand abdecken

kann. Angebote zur Unterstützung im Alltag können sich also sowohl auf einzelne Bereiche konzentrieren, beispielsweise nur als Betreuungsangebot konzipiert sein, als auch auf mehrere Bereiche erstrecken, beispielsweise nach ihrem Konzept sowohl Betreuung als auch praktische Hilfen bei der Bewältigung pflegebedingter Anforderungen des Alltags beinhalten. Wichtig ist, dass die Angebote hinsichtlich sämtlicher Leistungen, die sie anbieten möchten, – zusätzlich zu dem stets zu fordernden Vorhandensein von ausreichendem Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen – jeweils die hierfür spezifischen zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikationen aufweisen.

Wie der Anbieter das Vorliegen der jeweiligen spezifischen Qualifikationsanforderungen hinsichtlich der Tätigkeiten, die er erbringen will, nachzuweisen hat, um eine Anerkennung als Angebot zur Unterstützung im Alltag nach § 45a erhalten zu können, liegt dabei in der Regelungskompetenz der Länder. Wie bisher sind die Länder im Rahmen dessen ermächtigt, sowohl separate Anerkennungsvoraussetzungen für bestimmte Angebotsarten festzuschreiben als auch einheitliche Kriterien festzulegen, die alle Angebote erfüllen müssen. Wie bislang ist ebenfalls sowohl eine separate Anerkennung einzelner Angebotsarten durch die Länder möglich als auch die Anerkennung integrierter Angebote. Die Einführung von Begriffen zur Differenzierung zwischen Angeboten mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung erleichtert es dabei den Ländern, soweit sie hiervon Gebrauch machen möchten, eine separate Anerkennung unterschiedlich ausgerichteter Angebote vorzusehen oder für bestimmte Angebotstypen spezifische Qualitätsanforderungen vorzusehen. Gleichzeitig wird aber auch die Anerkennung integrierter Angebote, die mehrere Bereiche aus einer Hand abdecken, erleichtert, da für die bisherigen niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote nun ein gemeinsamer Oberbegriff für die verschiedenen Angebotstypen eingeführt wird.

Abgesehen von dieser Funktion sollen die verschiedenen Bezeichnungen den Bürgerinnen und Bürgern Orientierung bieten, welche (Haupt-)Ausrichtung die jeweiligen Angebote verfolgen, so dass sie – auch anhand der Leistungs- und Preisvergleichslisten, die sie nach § 7 Absatz 3 erhalten – jeweils ohne Weiteres erkennen können, ob die Angebote Leistungen beinhalten, die zu dem Bedarf passen, den sie hiermit decken möchten. Dies steht einer einheitlichen Anerkennung integrierter Angebote zur Unterstützung im Alltag aber nicht entgegen, bei denen dieses Ziel ja auch auf andere Weise erreicht werden kann. Leistungsrechtlich hat die Differenzierung keine Relevanz, sondern diesbezüglich ist entscheidend, ob ein Angebot als Angebot zur Unterstützung im Alltag nach dem jeweiligen Landesrecht anerkannt worden ist.

Das Recht der Pflegeversicherung sieht keine Vorgaben für eine bestimmte Organisations- oder Rechtsform der Angebote zur Unterstützung im Alltag vor. Von Bedeutung ist jedoch, dass die angebotenen Hilfen für die Anspruchsberechtigten leicht zugänglich sind und verlässlich erbracht werden. Alle Angebote zur Unterstützung im Alltag haben ferner die für ihr Tätigwerden jeweils einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen vollumfänglich einzuhalten. Dies gilt insbesondere auch hinsichtlich der legalen und arbeits- sowie sozialversicherungsrechtlich einwandfreien Beschäftigung von eingesetzten ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern oder eingesetztem Personal.

Zu Absatz 4

Durch die Änderung wird eine Auslegung mancher Pflegekassen korrigiert, die nach Inkrafttreten des Ersten Pflegestärkungsgesetzes aufgetreten ist und hinsichtlich des Entlastungsbetrags und des Umwandlungsanspruchs vom Bestehen eines Vorrang-Nachrang-Verhältnisses ausgeht. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung entzieht einer entsprechenden, die Gestaltungsmöglichkeiten der Versicherten einschränkenden Auslegung bereits durch die Trennung des Regelungsortes von Umwandlungsanspruch und Entlastungsbetrag die Grundlage. Zur Rechtsklarheit wird durch die Änderung zusätzlich auch eine ausdrückliche Klarstellung im Gesetzeswortlaut ergänzt. Damit greift die Bundesregierung einen Beschluss des Bundesrates auf.

Zu § 45c Absatz 9

Mit der Änderung wird ein weiterer Förderzweck eingeführt, für den die Mittel des Ausgleichsfonds in Höhe von jährlich 25 Millionen Euro nach § 45c Absatz 1 verwendet werden können. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, erhalten hiermit die Möglichkeit, sich einzeln oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen oder entsprechenden privaten Versicherungsunternehmen mit einem Zuschuss an den Kosten selbstorganisierter regionaler Netzwerke zur Verbesserung der Versorgung und zur Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen zu beteiligen. Mögliche weitere Beteiligte an entsprechenden regionalen Netzwerken für die Versorgung Pflegebedürftiger sind unter anderem niedergelassene Ärzte, Heilmittelerbringer, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen, Kommunen sowie Krankenkassen. Mit der Regelung

werden zugleich die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation regionaler Netzwerke im Rahmen des Projekts „Zukunftswerkstatt Demenz“ des Bundesministeriums für Gesundheit umgesetzt. Diese Evaluation zeigt, dass durch eine regionale, selbst organisierte und strukturierte Vernetzung zwischen Trägern der Versorgung in einer Region und Selbsthilfegruppen die Versorgung an Demenz erkrankter Pflegebedürftiger signifikant verbessert werden kann. Diese Ergebnisse sind auf die Versorgung Pflegebedürftiger insgesamt übertragbar. Auch für Pflegebedürftige ohne demenzielle Erkrankungen, die einen besonders hohen Versorgungsbedarf haben, kann der Versorgungsbedarf durch eine strukturierte Zusammenarbeit in der Versorgung besser gedeckt werden. Daher soll allgemein eine Beteiligung der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, an einer strukturierten regionalen Zusammenarbeit ermöglicht und gefördert werden, bei der sich die verschiedenen in einer Region an der Versorgung und der Unterstützung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen beteiligten Akteure vernetzen. Gefördert werden können hierbei regionale Netzwerke, die auf einem freiwilligen Zusammenschluss der beteiligten Akteure basieren. Nicht bezuschusst wird hingegen die Wahrnehmung allgemeiner kommunaler Aufgaben und sonstiger allgemeiner Verwaltungsaufgaben. Gefördert werden können zudem nur solche Netzwerke, bei denen in Bezug auf das jeweilige Einzugsgebiet auch eine Teilnahme der regionalen Selbsthilfegruppen, -organisationen oder -kontaktstellen sowie der regionalen Gruppen ehrenamtlich Tätiger, die eine für eine Teilnahme an der Vernetzung hinreichend feste Organisationsstruktur aufweisen, ermöglicht wird. Ebenso ist erforderlich, dass auch der Kreis oder die kreisfreie Stadt der freiwilligen Vereinbarung zur Vernetzung der regionalen, an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligten Akteure beitreten kann.

In den vorgenannten Projekten im Rahmen der „Zukunftswerkstatt Demenz“ erreichten die jährlichen netzwerk-spezifischen Kosten der an den regionalen Projekten Beteiligten zwischen 65 000 und 80 000 Euro pro Jahr insgesamt. An solchen netzwerkbedingten Kosten können sich nach der vorliegenden Regelung die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen mit einem Betrag von bis zu 20 000 Euro je Kreis oder kreisfreier Stadt beteiligen. Eine anteilige Finanzierung des jeweiligen Landes oder der jeweiligen Gebietskörperschaft ist keine Voraussetzung für eine Beteiligung von Pflegekassen oder privaten Versicherungsunternehmen, da es nicht sachgerecht wäre, die Beteiligung von Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, an selbstorganisierten regionalen Netzen von einer finanziellen Beteiligung des Landes oder der kommunalen Gebietskörperschaft abhängig zu machen. Absatz 2 findet daher keine Anwendung. Auch findet keine Aufteilung der Fördermittel auf die Länder nach dem Königsteiner Schlüssel und keine Übertragung der Mittel statt, sondern der Förderhöchstbetrag bezieht sich auf das jeweilige Gebiet des Kreises oder der kreisfreien Stadt sowie auf das jeweilige Kalenderjahr. Dementsprechend findet auch Absatz 6 keine Anwendung.

Um eine bundesweit einheitliche Handhabung der Regelung zu fördern und sinnvolle Hinweise für eine einheitliche Durchführung der Verfahren zur Vergabe der Fördermittel zu geben, wird der Regelungsgegenstand ebenfalls in die Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen miteinbezogen, die dieser gemäß Absatz 7 Satz 1 bis 4 gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit (ggf. im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) und der Länder beschließt. Es soll zugleich eine möglichst flexible Handhabung der Förderung der selbstorganisierten regionalen Netzwerke durch die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen ermöglicht werden. Absatz 7 Satz 5 findet daher keine Anwendung.

Würden in der Hälfte der bundesweit insgesamt 402 Kreise und kreisfreien Städte entsprechende Versorgungsnetzwerke aufgrund dieser Vorschrift durch Pflegekassen und private Versicherungsunternehmen gefördert, ergäben sich Gesamtkosten von insgesamt nicht mehr als 4 Millionen Euro pro Kalenderjahr. In den einzelnen Regionen könnte diese Förderung gleichzeitig aber einen wesentlichen Beitrag leisten, die Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen nachhaltig zu verbessern. In diesem Zusammenhang kann zudem der als Ergebnis des Förderprogramms des Bundesgesundheitsministeriums im Rahmen des Projekts „Zukunftswerkstatt Demenz“ entwickelte Werkzeugkasten mit evaluierten Bausteinen für die Organisation erfolgreicher Demenznetzwerke genutzt werden, der im Internet durch einen der Projektträger (DZNE) veröffentlicht worden ist. Auch dieser kann eine wertvolle Hilfe zur Selbsthilfe für alle an der örtlichen Versorgung Beteiligten sein, die in ihrer Region Netzwerke zur Lösung spezifischer regionaler Versorgungsfragen für an Demenz erkrankte Personen aufbauen wollen.

Zu Nummer 33a (§ 71 Absatz 1 SGB XI: Anpassung an den neuen § 36 SGB XI)

Siehe Begründung zu Nummer 5a.

Zu Nummer 34a (§ 77 SGB XI: Anpassung an den neuen § 36 SGB XI)

Siehe Begründung zu Nummer 5a.

Zu Nummer 37 (§ 85 SGB XI: Nachverhandlung bei erheblicher Änderung der Bewohnerstruktur)

Zu Buchstabe a

Weicht die Relation des in den Vergütungsverhandlungen kalkulatorisch angesetzten Personaleinsatzes für die einzelnen Pflegegrade stark von der Relation der sich bei einheitlichem Eigenanteil ergebenden von den Pflegebedürftigen zu zahlenden Pflegesätze ab, so kann sich bei deutlichen Änderungen der Zusammensetzung der Bewohner die Summe der gezahlten Pflegesätze stärker oder schwächer ändern als die Kosten des angesetzten Personalaufwands.

Nach dem bisherigen § 85 Absatz 7 können die Vertragsparteien bei wesentlichen, unvorhersehbaren Änderungen in der Geschäftsgrundlage der Pflegesatzvereinbarung ausnahmsweise die Pflegesätze innerhalb der Laufzeit der Vereinbarung neu verhandeln. Im Hinblick auf die Einführung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile nach § 84 Absatz 2 Satz 3 erfolgt hierzu mit dem neuen Satz 2 eine ergänzende Klarstellung. So ist der Weg zu einer vertraglichen Anpassung bestehender Pflegesatzvereinbarungen ausdrücklich auch bei erheblichen Unterschieden zwischen der zugrunde gelegten, prospektiven Zusammensetzung der Bewohnerinnen und Bewohner und der tatsächlich gegebenen Bewohnerstruktur eröffnet. Hiermit können die Vereinbarungspartner insbesondere auch im Hinblick auf ihre bestehende Personalausstattung nachverhandeln. Gleichzeitig muss damit aber eine erhebliche Auseinanderentwicklung der Summe der gezahlten Pflegesätze und der dafür kalkulierten Personalkosten verbunden sein.

Um den Einigungsprozess für die in Satz 2 geregelte Neuverhandlung zu beschleunigen, kann in diesem Fall eine Festsetzung der Pflegesätze durch die Schiedsstelle zur effektiven Konfliktlösung abweichend von Satz 3 in Verbindung mit Absatz 5 Satz 1 bereits nach einem Monat beantragt werden. Zur besseren Verständlichkeit erfolgt die Änderung als Neufassung des gesamten Absatzes.

Zu Buchstabe b

Diese Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Nummer 45a (§ 120 SGB XI: Anpassung an den neuen § 36 SGB XI)

Siehe Begründung zu Nummer 5a.

Zu Nummer 50 (Fünfzehntes Kapitel, §§ 140 ff. SGB XI: Überleitungs- und Übergangsrecht; Kassenwechsel; Eigenanteilsschutz; redaktionelle Berichtigung; Höherstufungsantrag; Wiederholungsbegutachtungen)

Zu § 140

Zu Absatz 3

Es handelt sich um eine gesetzliche Klarstellung, dass Versicherte auch im Falle des Kassenwechsels nach dem Stichtag ihren im Wege der Überleitung erworbenen Besitzstandsschutz behalten. Eine gesetzliche Regelung ist erforderlich, da § 35 ansonsten das Erlöschen des Anspruchs per Gesetz regelt mit der Folge, dass ein Neuantrag nach neuem Recht gestellt werden müsste. Zudem wird klargestellt, dass dies bei einem Wechsel zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und einem Wechsel von sozialer zu privater sowie von privater zu sozialer Pflegeversicherung in gleicher Weise gilt.

Zu Absatz 4

Die Regelung betrifft den Fall, dass ein Pflegebedürftiger, bei dem bereits eine Pflegebedürftigkeit oder das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung durch Leistungsbescheid festgestellt wurde und bei dem in der Zeit vor dem 1. Januar 2017 eine tatsächliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes erfolgte, aber erst in der Zeit ab dem 1. Januar 2017 ein Höherstufungsantrag gestellt wird (zum Beispiel weil ärztlicherseits oder von Seiten der Pflegekräfte zunächst die weitere Entwicklung und Wirkung von therapeutischen oder pflegerischen Maßnahmen abgewartet werden sollte). In diesem Fall soll nach § 48 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch der Zeitpunkt der wesentlichen Änderung der Verhältnisse als maßgeblich angesehen werden. Entsprechende Leistungen wären rückwirkend ab diesem Zeitpunkt zu gewähren. Da sich in diesem Fall aufgrund des Zeitpunkts der Antragstellung die Feststellung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sowie die dazugehörigen Leistungen nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht bemessen, ist eine Regelung erforderlich, mit der festgelegt wird, wie die Leistungen im Zeitraum ab tatsächlicher Verschlechterung bis zum 31. Dezember 2016 bemessen

werden können. Da aus der Feststellung eines Pflegegrads keine empirisch begründbaren Aussagen darüber getroffen werden können, welche Pflegestufe ein Versicherter mit der gleichen gesundheitlichen Situation erhalten hätte, sollen sich in diesen Fällen die Leistungen auch dann nach dem neuen Recht bestimmen, wenn sie für den Zeitraum vor dem 1. Januar 2017 zu leisten sind. Die Wirkung dieser Regelung wird auf den Zeitraum vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2016 beschränkt, da die bisherige Begutachtungspraxis zeigt, dass Fälle, in denen tatsächliche Verschlechterung und Antragstellung zeitlich um mehr als einige Tage auseinanderfallen, nur in Einzelfällen mehr als zwei Monate zurückreichen.

Die Auswirkungen dieser Rückwirkungsvorschrift im Bereich der sozialen Sicherung der Pflegepersonen werden für die Rentenversicherung in § 141 Absatz 4a geregelt.

Für die Arbeitslosenversicherung bedarf es keiner Sonderregelung, da die Einbeziehung in den Versicherungsschutz in der Arbeitslosenversicherung bis 31. Dezember 2016 nach dem bis dahin geltenden Recht – ggf. auch rückwirkend – möglich ist.

Für den Versicherungsschutz in der Unfallversicherung ist es nicht erforderlich, dass Pflegebedürftigkeit zum Zeitpunkt eines Unfalls der Pflegeperson bereits festgestellt worden ist; der Umfang der Leistungen der Unfallversicherung ändert sich durch die neuen Regelungen nicht, sodass auch im Bereich der Unfallversicherung für die hier zu regelnden Fälle kein gesonderter Regelungsbedarf besteht.

Zu § 141

Zu Absatz 3

Es wird klargestellt, dass der Zuschlag zum Ausgleich eines höheren Eigenanteils nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes in einer fiktiven Berechnung der Eigenanteile geprüft wird. Die tatsächlichen Pflegegrade müssen dabei unbeachtet bleiben, da ansonsten insbesondere der Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung nach dem Monatsersten sowie mittel- oder längerfristige Abwesenheiten die Höhe der Zuschläge ohne sachlichen Grund maßgeblich beeinflussen würden. Diese Sachverhalte deckt der Wortlaut der Vorschrift in § 141 Absatz 1 Satz 4 bislang nicht eindeutig ab. Eine entsprechende gesetzliche Klarstellung ist rechtssicherer als eine Interpretation im Wege der Auslegung.

Zu Absatz 4a

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu der Rückwirkungsregelung in § 140 Absatz 4. Ziel der Regelung ist es, für den kurzen Rückwirkungszeitraum von zwei Monaten durch pauschale Zuordnungen zu einer Pflegestufe eine einfach handhabbare und möglichst verwaltungseffiziente Vorgabe zur Ermittlung der Versicherungspflicht und Beitragsbemessungsgrundlage zu schaffen. Diese Vorschrift gilt nur in dem Zeitraum vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2016.

In den Fällen, in denen die tatsächlichen Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad vorliegen, wird für die Frage der Versicherungspflicht als Pflegeperson und für die Bemessung der beitragspflichtigen Einnahmen für Zeiten vor dem 1. Januar 2017 das bis zum 31. Dezember 2016 geltende Rentenrecht für Pflegepersonen angewendet.

Für die Feststellung der Versicherungspflicht und die Bemessung der beitragspflichtigen Einnahmen (§§ 3 und 166 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung) ist eine höhere Pflegestufe anzusetzen. Die Erhöhung richtet sich nach dem Anstieg des Pflegegrades gegenüber dem durch die Überleitung erreichten Pflegegrad. Wird zum Beispiel von Pflegestufe 2 in Pflegegrad 3 übergeleitet und dann festgestellt, dass bereits vor dem 1. Januar 2017 die tatsächlichen Voraussetzungen für Pflegegrad 4 vorlagen, ist für die Beitragsbemessung Pflegestufe 3 anzusetzen. Wird nach einer Überleitung von der so genannten Pflegestufe 0 auf Pflegegrad 2 ein Pflegegrad 4 rückwirkend nach § 140 Absatz 4 festgestellt, ist für die Beitragsbemessung Pflegestufe 2 anzusetzen.

Soweit es im Rahmen der §§ 3 Satz 1 Nummer 1a und 166 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung darauf ankommt, wie viele Stunden gepflegt wurde (auch für die Aufteilung bei Mehrfachpflege) sind diese Stunden zu ermitteln (ggf. durch Befragung der Pflegepersonen).

Die Vorschrift hat keinerlei Auswirkungen auf die Begutachtung zur rückwirkenden Einstufung des Pflegebedürftigen selbst, die sich nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht richtet.

Zu Absatz 5

Berichtigung eines redaktionellen Versehens. § 3 Satz 4 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch betrifft Wehr- und Zivildienstleistende.

Zu Absatz 6

Folgeänderung zur Einfügung des Absatzes 4a.

Zu § 142

Zu Absatz 1

Mit der Änderung wird klargestellt, dass in bestimmten Fällen Wiederholungsbegutachtungen für übergeleitete Versicherte durchgeführt werden, um auf erwartbare, in der Regel deutliche Verbesserungen des Gesundheitszustandes und damit auf eine Verringerung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten angemessen reagieren zu können.

Zu Absatz 2

Zu Satz 2

Die Änderung entspricht einer zu Artikel 1 Nummer 13 (§ 18) vorgenommenen Änderung. Fallen gesetzliche Feiertage auf einen Arbeitstag, verkürzen sich damit die vom Gesetzgeber zur Beschleunigung der Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Mitteilung an den Antragsteller vorgesehenen Fristen für die Medizinischen Dienste und Pflegekassen zum Teil erheblich. Die bisherige Bemessung der Fristen nach Wochen führte daher zu unterschiedlich vielen möglichen Bearbeitungstagen bei den Medizinischen Diensten und den Pflegekassen, da in den Bundesländern unterschiedlich viele gesetzliche Feiertage vorgesehen sind. Die Umstellung der bisherigen Wochenfristen auf Arbeitstage soll dazu beitragen, dass die Bearbeitungstage im Jahresverlauf für alle Medizinischen Dienste, Pflegekassen und Versicherten bundeseinheitlich sind. Als Arbeitstage gelten die Werktage von Montag bis Freitag. Damit wird den Medizinischen Diensten und Pflegekassen in Zeiträumen, in denen besonders viele gesetzliche Feiertage auf Arbeitstage fallen, die fristgerechte Bearbeitung der Verfahren ermöglicht.

Zu Satz 3

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nicht nur bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs identifizieren, sondern diese auch gewichten soll.

Zu Absatz 3

Der Absatz 3 wird in zweierlei Hinsicht geändert; beide Änderungen entsprechen in gleicher Weise den zu Artikel 1 Nummer 13 (§ 18) vorgenommenen Änderungen. Zum einen wird durch eine sprachliche Änderung (Umstellung eines Satzteils) deutlicher gemacht, dass die Verpflichtung zur Benennung unabhängiger Gutachter nur bei besonders dringlichem Entscheidungsbedarf zum Tragen kommt. Dadurch soll sichergestellt werden, dass in diesen Fällen zeitnah eine Begutachtung stattfinden kann. Im Übrigen entfällt die Verpflichtung. Zum zweiten wird auch in Absatz 3 die Umwandlung von der Wochenfrist in Arbeitstage wie bei der Änderung in Absatz 2 vorgenommen.

Zu Nummer 51 (Anlagen 1 und 2 zu § 15 SGB XI: Einzelpunkte der Module 1 bis 6; Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul; Bewertungssystematik)

Zu Anlage 1

Mit der Änderung der Anlage 1 wird die Darstellungsweise der Einzelpunkte, die in den Modulen des neuen Begutachtungsinstruments im Rahmen der Begutachtung vergeben werden, durch Entfallen von Erläuterungen ohne zusätzlichen Erklärungswert vereinfacht, vereinheitlicht und durch Hinzufügen von ausführlicheren Erläuterungen zur Berechnungsweise insbesondere in den Modulen 4 (Selbstversorgung) und 5 (Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiespezifischen Anforderungen und Belastungen) für die Anwenderinnen und Anwender in den Medizinischen Diensten sowie Pflegebedürftigen und ihre Familien transparenter gemacht.

Die Kriterien „Besonderheiten bei Sondenernährung“ und „Besonderheiten bei parenteraler Ernährung“ werden zu einem Kriterium „Ernährung parenteral oder über Sonde“ zusammengefasst. Dadurch und durch veränderte Einzelpunktwerte wird die tatsächliche Versorgungssituation von Pflegebedürftigen, die neben oder anstelle einer oralen Nahrungsaufnahme eine Ernährung über eine Sonde oder zum Beispiel einen Portkatheter benötigen, besser abgebildet und zugleich vermieden, dass durch hohe Einzelpunkte Anreize für den Einsatz von parenteraler oder Sondenernährung gesetzt werden. Die Änderung in diesem Kriterium wird auch in § 14 Absatz 2 Nummer 4 durchgeführt.

Zu Anlage 2

In der Bewertungssystematik des Neuen Begutachtungssassessments (NBA) werden sprachliche Vereinheitlichungen mit dem Gesetzestext der §§ 14, 15 und der Anlage 1 zu § 15 vorgenommen („Einzelpunkte“; Bezeichnung von Modul 5). Aufgrund der Zusammenfassung der Kriterien „Besonderheiten bei Sondenernährung“ und „Besonderheiten bei parenteraler Ernährung“ zu einem Kriterium „Ernährung parenteral oder über Sonde“ in § 14 sowie in der Anlage 1 zu § 15 und der damit verbundenen Änderung der möglichen Einzelpunkte ist eine Anpassung des höchstmöglichen Einzelpunktwerts in Modul 4 erforderlich. Dieser ändert sich dadurch aus technischen Gründen von 60 auf 54, ohne dass dies Auswirkungen auf die Einstufung der Versicherten hat.

Zu Artikel 4 (SGB V)**Zu Nummer 2 (§ 33 SGB V: Klarstellender Verweis auf das SGB XI)****Zu Buchstabe a**

§ 18 Absatz 6a Satz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) regelt, dass die Erforderlichkeit einer Hilfsmittelversorgung vermutet wird, wenn der Medizinische Dienst im Rahmen seiner Pflegebegutachtung eine Empfehlung zur Hilfsmittelversorgung abgibt. Zudem wird diese Vermutungsregelung zeitlich befristet. Der Verweis auf diese Vorschrift dient der Rechtsklarheit für den Normadressaten.

Zu Buchstabe b

§ 18 Absatz 6a Satz 5 SGB XI regelt auch, dass bei Vorliegen einer Empfehlung des Medizinischen Dienstes zur Hilfsmittelversorgung eine ärztliche Verordnung entbehrlich ist. Auch die Entbehrlichkeit der Verordnung ist zeitlich befristet. Der Verweis dient wie in Buchstabe a der Rechtsklarheit für den Normadressaten.

Zu Artikel 5 (SGB VI)**Zu Nummer 1 (§ 3 SGB VI: Streichung des Mindestpflegeaufwandes von 30 Prozent bzw. des addierten Mindestpflegeaufwandes von 30 Prozentpunkten bei Mehrfachpflege)****Zu Buchstabe a**

Folgeänderung zur Änderung in § 44 Absatz 1 SGB XI (Wegfall der Voraussetzung eines Mindestpflegeaufwandes von 30 Prozent bzw. eines addierten Mindestpflegeaufwandes von 30 Prozentpunkten bei Mehrfachpflege).

Zu Artikel 8 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten; redaktionelle Berichtigung)**Zu Absatz 4**

Es handelt sich um eine redaktionelle Berichtigung.

Berlin, den 11. November 2015

Erwin Rüdell
Berichtersteller

Mechthild Rawert
Berichterstellerin

Pia Zimmermann
Berichterstellerin

Elisabeth Scharfenberg
Berichterstellerin