

Beschlussempfehlung und Bericht **des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**

- a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 16/7439, 16/7486 –

**Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)**

- b) zu dem Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg,
Nicole Maisch, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 16/7136 –

**Finanzielle Nachhaltigkeit und Stärkung der Verbraucher –
Für eine konsequent nutzerorientierte Pflegeversicherung**

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Klaus Ernst,
Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion **DIE LINKE.**
– Drucksache 16/7472 –

Für eine humane und solidarische Pflegeabsicherung

- d) zu dem Antrag der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Daniel Bahr (Münster),
Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 16/7491 –

**Für eine zukunftsfest und generationengerecht finanzierte, die
Selbstbestimmung stärkende, transparente und unbürokratische Pflege**

- e) zu der Unterrichtung durch die Bundesregierung
– Drucksache 16/7772 –

Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung

A. Problem

Zu Buchstabe a

Die zum 1. Januar 1995 eingeführte Pflegeversicherung hat nach Auffassung der Bundesregierung bei den Versicherten ebenso wie bei den Pflegebedürftigen ein hohes Maß an Akzeptanz erreicht. Ihre Leistungen würden erheblich zur Realisierung einer an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientierten Pflege und zur Unterstützung ihrer Angehörigen beitragen. Gleichwohl bestehe ein Bedarf zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Dies betreffe etwa die Frage, wie der allgemeine Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf von Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen besser Berücksichtigung finden könne, ohne die Pflegeversicherung finanziell zu überfordern. Außerdem gehe es darum, eine Anpassung der seit der Einführung der Pflegeversicherung unverändert gebliebenen Leistungen vorzunehmen. Schließlich sei es erforderlich, durch eine Stärkung der Instrumente der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung die Qualität der pflegerischen Versorgung weiter zu verbessern.

Zu Buchstabe b

Nach Auffassung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ist eine Reform der Pflegeversicherung überfällig. Ihre unflexiblen Leistungen erwiesen sich in vielen Fällen als nicht bedarfsgerecht. Hinzu komme der durch die unterbliebene Leistungsanpassung bedingte schleichende Wertverlust, durch den sich die Versorgungssituation vieler Pflegebedürftiger verschlechtert habe. Auch habe die Pflegeversicherung kein solides finanzielles Fundament.

Zu Buchstabe c

Nach Auffassung der Fraktion DIE LINKE. ist eine grundlegende Reform der Absicherung von Pflege und Assistenz überfällig. Der geltende Pflegebegriff und die chronische Unterfinanzierung verhinderten, dass sich Pflege am Bedarf orientiere und Teilhabe ermöglicht werde. Veränderungen der Familienstrukturen und Erwerbsbiografien von Frauen verstärkten den Trend zur Inanspruchnahme professioneller Pflege.

Zu Buchstabe d

Das in der Pflegeversicherung geltende Umlageverfahren ist nach Auffassung der Fraktion der FDP nicht dazu geeignet, die Folgen des demographischen Wandels zu bewältigen. Zudem sei die Pflege mit Gesetzen und Verordnungen überfrachtet, das Sachleistungsprinzip schränke die Kundensouveränität ein und der vollständige Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen behindere eine wettbewerbliche Orientierung.

Zu Buchstabe e

Das Bundesministerium für Gesundheit hat den gesetzlichen Auftrag, im Abstand von drei Jahren den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes über die Entwicklung der Pflegeversicherung, den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und die Umsetzung der Empfehlungen und der Vorschläge des Ausschusses für Fragen der Pflegeversicherung zu berichten. Diesem Auftrag entsprechend wird nunmehr der vierte Bericht vorgelegt.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Der Gesetzentwurf sieht strukturelle Änderungen in der Pflegeversicherung vor, die dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ stärker als bisher Rechnung

tragen. Hervorzuheben sind insbesondere die Anhebung der Leistungsbeträge, vor allem im Bereich der häuslichen Pflege, die Einführung eines Anspruchs auf Pflegeberatung (Fallmanagement) und die Schaffung von Pflegestützpunkten. Diese Maßnahmen stärken nach Ansicht der Bundesregierung den Auf- und Ausbau wohnortnaher Versorgungsstrukturen, die eine an den Bedürfnissen der hilfebedürftigen Menschen ausgerichtete Betreuung in Zukunft ermöglichen sollen. Hinzu kommen weitere Maßnahmen wie die Ausweitung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und die Einbeziehung von Menschen in der so genannten Pflegestufe 0, Leistungsdynamisierung, Einführung der Pflegezeit für Beschäftigte, Ausbau der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Transparenz sowie Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 16/7439, 16/7486 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie Annahme einer Entschließung mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Zu Buchstabe b

Nach Ansicht der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sind folgende Reformen notwendig, um eine nachhaltige, generationengerechte und nutzerorientierte Ausgestaltung der Pflegeversicherung zu realisieren: Pflege-Bürgerversicherung, solidarische Demographiereserve, regelgebundene Dynamisierung, unabhängiges und neutrales Fall-Management, gesetzliche Pflegezeit, persönliches Budget sowie Transparenz und Qualitätssicherung.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 16/7136 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE.

Zu Buchstabe c

Nach Ansicht der Fraktion DIE LINKE. muss der Pflegebegriff neu definiert werden. Zum Ausgleich des Realwertverlusts seien in einem Sofortprogramm die Pflegeleistungen um 15 Prozent und die Sachleistungsbeträge um weitere 25 Prozent anzuheben. Die Kosten dafür sowie für eine sechswöchige bezahlte Pflegezeit und verbesserte Leistungen für Menschen mit demenziellen Erkrankungen sollen von einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung getragen werden.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 16/7472 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Zu Buchstabe d

Nach Auffassung der Fraktion der FDP hat eine schlüssige Pflegereform folgende Bestandteile: gleitender Übergang in ein kapitalgedecktes prämiendifinanziertes Versicherungssystem mit einem steuerfinanzierten sozialen Ausgleich als Voraussetzung für Leistungsverbesserungen/-dynamisierung, Stärkung der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen, Erhöhung der Qualität durch mehr Wettbewerb, Entlastung der Leistungsanbieter von bürokratischen Hemmnissen.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 16/7491 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP

Zu Buchstabe e

Der Vierte Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung gibt einen umfassenden Überblick über die Situation der Pflegeversicherung, insbesondere über die Zahl der Leistungsbezieher sowie die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Pflegeinfrastruktur und andere Bereiche der pflegerischen Versorgung in den Jahren 2004 bis 2006 und bezieht auch neuere Entwicklungen mit ein.

Kenntnisnahme der Unterrichtung auf Drucksache 16/7772 mit den Stimmen aller Fraktionen

C. Alternativen

Ablehnung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung auf Drucksache 16/7439 und Annahme eines der drei Anträge bzw. Ausarbeitung eines neuen Gesetzentwurfs.

D. Finanzielle Auswirkungen

Zu Buchstabe a

Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte führt in der sozialen Pflegeversicherung zu jährlichen Mehreinnahmen von rund 2,5 Mrd. Euro. Da der Beitragssatz zum 1. Juli 2008 angehoben wird, betragen die Mehreinnahmen im Jahr 2008 rund 1,3 Mrd. Euro. Die schrittweise Anhebung der Leistungsbeträge, die Zusatzleistung für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die Ausweitung des Anspruchs auf Tages- und Nachtpflege, die Einführung der Pflegeberatung, die Anschubfinanzierung für Pflegestützpunkte, die Einführung einer Pflegezeit sowie die Anhebung der Vergütungssätze für häusliche Beratungseinsätze bei Bezug von Pflegegeld und die zusätzliche Förderung niedrigschwelliger Angebote sowie ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe im Pflegebereich führen im zweiten Halbjahr 2008 insgesamt zu Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung von rund 0,48 Mrd. Euro. 2009 ergeben sich Mehrausgaben in Höhe von 1,04 Mrd. Euro. In den Jahren 2010 bis 2012 steigen die jährlichen Mehrausgaben auf bis zu 2,2 Mrd. Euro. Ab 2015 führt die Dynamisierung der dann geltenden Leistungsbeträge zu weiteren Mehrausgaben. Mit der Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte können nach Ansicht der Bundesregierung die Auswirkungen der demographischen Entwicklung sowie die Leistungsverbesserungen mit Ausnahme der Dynamisierung dauerhaft finanziert werden. Entsprechend reicht der Beitragssatz nach dem Gesetzentwurf bis Ende 2014/Anfang 2015 zur Finanzierung der dort vorgesehenen Reformmaßnahmen aus.

Für die gesetzliche Krankenversicherung ergeben sich im Zusammenhang mit dem Pflegezeitgesetz im zweiten Halbjahr 2008 Beitragsausfälle von rund 0,05 Mrd. Euro und im Jahr 2009 von rund 0,1 Mrd. Euro.

Für die gesetzliche Rentenversicherung ergeben sich im Zusammenhang mit dem Pflegezeitgesetz Beitragsausfälle von rund 0,03 Mrd. Euro jährlich (im zweiten Halbjahr 2008 rund 0,01 Mrd. Euro).

Aus der Inanspruchnahme der kurzfristigen Arbeitsfreistellung ergeben sich für die Bundesagentur für Arbeit geringfügige Beitragsmindereinnahmen. Aus der Inanspruchnahme der Pflegezeit entstehen der Bundesagentur für Arbeit ebenfalls Beitragsmindereinnahmen für den Personenkreis, der aufgrund der Pflegezeitregelungen vollständig oder teilweise von der Arbeitsleistung freigestellt ist. Dem stehen wiederum Beitragsmehreinnahmen gegenüber, die aus den Mitteln der Pflegeversicherung geleistet werden. Dies gilt insbesondere für den Personenkreis, der bereits nach dem bisherigen Recht die Erwerbstätigkeit auf-

gegeben hätte. Eine geringfügige Mehrbelastung der Bundesagentur für Arbeit kann im Saldo letztlich nicht ausgeschlossen werden.

Es ist nicht auszuschließen, dass die Inanspruchnahme der Pflegezeit zu geringen Mehrausgaben für die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende führt. Dem stehen jedoch Minderausgaben aus dem Rückkehrrecht für den Personenkreis gegenüber, der bereits nach dem bisherigen Recht die Erwerbstätigkeit aufgegeben hätte. Eine genaue Be- oder Entlastung der Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende ist nicht quantifizierbar.

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus den auch für sie geltenden leistungsrechtlichen und weiteren Änderungen, insbesondere aus der Beteiligung an den Kosten der Qualitätsprüfungen, für das zweite Halbjahr 2008 Mehraufwendungen von rund 0,01 Mrd. Euro und für das Jahr 2009 von rund 0,03 Mrd. Euro.

Für die öffentlichen Haushalte ergeben sich im Bereich der Beihilfe bei einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen im zweiten Halbjahr 2008 Mehrausgaben von rund 0,01 Mrd. Euro und für das Jahr 2009 von rund 0,03 Mrd. Euro.

Die steuerliche Wirkung der Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte führt über die Berücksichtigung zusätzlicher Vorsorgeaufwendungen bei den Steuerpflichtigen sowie hinsichtlich des Betriebsausgabenabzugs zu Steuermindereinnahmen bei Bund, Ländern und Gemeinden und kann größenordnungsmäßig bei voller Jahreswirksamkeit mit rund 0,01 Mrd. Euro jährlich beziffert werden.

Für die Sozialhilfeträger ergeben sich durch die Anhebung der Leistungsbeiträge sowie die Dynamisierung der Leistungen Entlastungen gegenüber dem geltenden Recht, die allerdings nicht exakt quantifizierbar sind. Die Entlastung dürfte im Jahr 2012 etwa 100 Mio. Euro pro Jahr erreichen.

Bund, Länder und Gemeinden sind aufgrund der Beitragssatzerhöhung in ihrer Funktion als Arbeitgeber ab dem 1. Juli 2008 voraussichtlich mit rund 80 Mio. Euro jährlich belastet (Bund: 5 Mio. Euro).

Zu den Buchstaben b bis e

Die Kostenfolgen wurden nicht erörtert.

E. Sonstige Kosten

Zu Buchstabe a

Wegen des im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt geringen Umfangs der finanziellen Auswirkungen der Reformmaßnahmen ergeben sich keine Auswirkungen auf das Verbraucherpreisniveau. Die Dynamisierung der Leistungsbeiträge hat keine unmittelbaren Auswirkungen auf das Preisniveau von Pflegeleistungen, da die Preisbildung in diesem Bereich nicht wesentlich von der Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung bestimmt wird, weil es ein Teilleistungssystem ist.

Die Mehrbelastung der Arbeitgeber aus der Anhebung des Beitragssatzes beträgt etwa 0,4 Mrd. Euro im Jahr 2008 und 0,8 Mrd. Euro ab dem Jahr 2009. Dem steht eine höhere Entlastung durch die Absenkung des Beitrags zur Arbeitslosenversicherung ab Januar 2008 gegenüber.

Zu den Buchstaben b bis e

Sonstige Kostenfolgen wurden nicht erörtert.

F. Bürokratiekosten

Zu Buchstabe a

Der Gesetzentwurf leistet einen Beitrag zur Senkung von Bürokratiekosten. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich der Pflege werden Maßnahmen zur Entbürokratisierung eingeführt. Insbesondere die angestrebten Vereinfachungen bei der Pflegedokumentation werden zu Entlastungen bei den Pflegeeinrichtungen und den Pflegekräften im Umfang von wenigstens rund 80 Mio. Euro führen.

Neuen Informationspflichten wie etwa beim Ausbau der Qualitätssicherung stehen Informationspflichten gegenüber, die verschlankt oder gestrichen werden. Bei der Einführung neuer Informationspflichten wurde stets darauf geachtet, diese in Relation zu ihrem Nutzen möglichst unbürokratisch zu gestalten. Insgesamt führt der Gesetzentwurf zu einer Senkung von Bürokratiekosten.

– Bürokratiekosten der Wirtschaft:

Es werden vier Informationspflichten entbürokratisiert und zwei bestehende Informationspflichten gestrichen. Ferner enthält der vorliegende Gesetzentwurf sieben neue Informationspflichten für die Wirtschaft. Die neu eingeführten Informationspflichten bestehen zum Beispiel aus Antragsverfahren auf Zulassung für Beratungsstellen, die eine vom Antragsteller gewünschte Tätigkeit ermöglichen. Weitere zusätzliche Informationspflichten betreffen das eigenständige Auskunftsrecht und die Portabilität der Alterungsrückstellungen von privat Pflegeversicherten und bedeuten einen erheblichen Vorteil für den Versicherten. Insgesamt ist eine Nettoentlastung für die Wirtschaft von rund 80 Mio. Euro zu erwarten. Die Entlastung kommt im Wesentlichen Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege zugute.

– Bürokratieaufwand der Verwaltung:

Es werden zwei bereits bestehende Informationspflichten für die Verwaltung geändert und zwölf neue Informationspflichten eingeführt. Die zusätzlichen Informationspflichten betreffen zumeist einfache Meldungen, die für die Durchführung der Leistungsverbesserungen zwingend erforderlich sind.

– Bürokratieaufwand der Bürgerinnen und Bürger:

Es werden eine Informationspflicht für Bürgerinnen und Bürger geändert und fünf Informationspflichten neu eingeführt. Die neuen Informationspflichten beinhalten einfache Anträge und Benachrichtigungen, denen neue Leistungen oder neue Rechte gegenüberstehen.

Zu den Buchstaben b bis e

Bürokratiekosten wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen

in Kenntnis der Unterrichtung auf Drucksache 16/7772,

1. den Gesetzentwurf auf Drucksachen 16/7439, 16/7486 in der aus der nachstehenden Zusammenfassung ersichtlichen Fassung anzunehmen,
2. den Antrag auf Drucksache 16/7136 abzulehnen,
3. den Antrag auf Drucksache 16/7472 abzulehnen,
4. den Antrag auf Drucksache 16/7491 abzulehnen,
5. nachfolgende EntschlieÙung anzunehmen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

1. Die zum 1. Januar 1995 eingeführte Pflegeversicherung hat bei Versicherten und Pflegebedürftigen sowie den Angehörigen ein hohes Maß an Akzeptanz erreicht. Dennoch besteht Weiterentwicklungsbedarf, um die Pflegeversicherung besser auf die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen auszurichten. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wird die Pflegeversicherung in diesem Sinne inhaltlich ausgebaut und auf die kommenden Herausforderungen der gesellschaftlichen und demographischen Entwicklungen vorbereitet.
2. Der Deutsche Bundestag begrüÙt die zurzeit stattfindende Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) durch den vom Bundesministerium für Gesundheit eingerichteten Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Vor Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsinstruments müssen allerdings die Ergebnisse aus der derzeitigen Erprobung alternativer Modelle und Handlungsoptionen und die daraus hervorgehende Empfehlung des Beirats vorliegen. Insbesondere ist die Frage – auch mittels Modellversuchen – zu beantworten, wie sich mögliche Änderungen in finanzieller Hinsicht auf die Pflegeversicherung und andere Leistungsbereiche auswirken.

Ein umfassendes Begutachtungsinstrument und ein übergreifender Pflegebedürftigkeitsbegriff können auch dazu beitragen, die Voraussetzungen für eine bedarfsorientierte und personenzentrierte Budgetbemessung im Rahmen eines trägerübergreifenden Budgets zu verbessern.

3. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz führt zu erheblichen Fortschritten – auch für behinderte Menschen mit Pflegebedarf. Über diese Maßnahmen hinaus muss geprüft werden, ob und wie das trägerübergreifende Budget nach § 17 SGB IX verstärkt als eine zukunftsorientierte und selbstbestimmte Komplexleistung in der Umsetzung befördert werden kann. In diesem Zusammenhang wird auch die Pflegeversicherung immer wieder aufgefordert, nicht nur das Pflegegeld nach § 37 SGB XI als Budgetleistung zur Verfügung zu stellen, sondern vielmehr die bisherige Beteiligung der Pflegeversicherung an dem trägerübergreifenden Budget dahingehend zu ändern, dass die nach § 35a SGB XI in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellten Sachleis-

tungen in Höhe der Sachleistungsbeträge der jeweiligen Pflegestufe budgetfähig sind. Hierdurch soll die Pflegeversicherung besser als bisher die selbstbestimmte Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen und behinderten Menschen absichern; Hemmnisse bei der praktischen Umsetzung des trägerübergreifenden Budgets sollen überwunden werden. Vor einer solchen Neuregelung bedarf es allerdings, insbesondere zur Vermeidung einer finanziellen Überforderung der Pflegeversicherung und zur Wahrung des dort geltenden Sachleistungssystems, der ausreichenden Erprobung einer entsprechenden künftigen Beteiligung der Pflegeversicherung an dem trägerübergreifenden Budget. Hierfür eignet sich in besonderem Maße eine Modellförderung durch die Spitzenverbände der Pflegekassen im Rahmen des § 8 Abs. 3 SGB XI, um die notwendigen Kenntnisse und Entscheidungskriterien für eine künftige Änderung der Beteiligung der Pflegeversicherung nach § 35a SGB XI an dem trägerübergreifenden Budget zu erhalten.

Zudem müssen die europarechtlichen Auswirkungen einer Änderung des geltenden § 35a SGB XI näher geprüft werden.

4. Veränderungen im Bereich der gesetzlichen Sozialversicherungen sind unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Strukturen wirkungsgleich in das Beamten- und Versorgungsrecht des Bundes zu übertragen. Gerade im Bereich der Pflegeversicherung ist eine solche Verfahrensweise geboten, weil sich die Beihilfevorschriften im Bereich der Pflege sehr eng an das Recht der Pflegeversicherung anlehnen.
 5. Der Deutsche Bundestag erwartet, dass die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingeführten Neuregelungen zur Sicherung der Qualität der pflegerischen Versorgung von den Pflegekassen, den Pflegeeinrichtungen und Einrichtungsträgern sowie den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung umfassend und mit dem Anspruch stetiger Verbesserung umgesetzt werden.
 6. Die Fristen zur Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung müssen an die Bedürfnisse angepasst werden. Daher wird die Begutachtungsfrist für Personen, die sich in einem Hospiz befinden oder in häuslicher Umgebung palliative Leistungen erhalten, verkürzt, um dieser besonderen Situation Rechnung zu tragen. Bei diesem Personenkreis ist die Einhaltung dieser verkürzten Frist aufgrund der besonderen Lebenssituation von außerordentlicher Bedeutung.
- II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,
1. dafür Sorge zu tragen, dass im Rahmen von Modellprojekten die Inanspruchnahme von Leistungen in Form eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets auch in der Pflegeversicherung unter Aufhebung der bisherigen Gutscheinelösung gemäß § 35a SGB XI, bei Gewährung der ambulanten Sachleistungsbeträge als Budgetleistung und auch bei nicht zugelassenen Pflegeeinrichtungen oder nicht zugelassenen Einzelpflegekräften vertieft erprobt wird, wobei insbesondere zu prüfen ist,
 - welche Personen aus dem Kreis der pflegebedürftigen Menschen als Budgetnehmer/Budgetnehmerinnen in Frage kommen und wie groß dieser Kreis ist,
 - ob und wie sichergestellt werden kann, die finanzielle Belastung der Pflegeversicherung wirksam zu begrenzen,
 - welche rechtlichen Auswirkungen einschließlich des Europarechts eine Änderung des geltenden § 35a SGB XI hätte;

2. sicherzustellen, dass auch die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz verbundenen Änderungen, soweit dies möglich ist, wirkungsgleich in die Beihilferegelungen für Beamtinnen und Beamte sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger und ihre jeweils berücksichtigungsfähigen Angehörigen übernommen werden;
3. die Einhaltung der reduzierten Begutachtungsfrist des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung für Pflegebedürftige, die sich in einem Hospiz befinden oder in häuslicher Umgebung palliativ versorgt werden, zu beobachten. Dem Deutschen Bundestag ist nach spätestens 2 Jahren ein Bericht hierüber vorzulegen.

Berlin, den 12. März 2008

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Martina Bunge
Vorsitzende

Willi Zylajew
Berichtersteller

Hilde Mattheis
Berichterstatte

Heinz Lanfermann
Berichtersteller

Dr. Ilja Seifert
Berichtersteller

Elisabeth Scharfenberg
Berichterstatte

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)
– Drucksache 16/7439 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Nach der Angabe zu § 7 wird folgende Angabe eingefügt:
„§ 7a Pflegeberatung“.
 - b) Die Angabe zu § 10 wird wie folgt gefasst:
„§ 10 Pflegebericht der Bundesregierung“.
 - c) Die Angabe zu § 40 wird wie folgt gefasst:
„§ 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“.
 - d) Nach der Angabe zu § 44 wird folgende Angabe eingefügt:
„§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit“.
 - e) Die Überschrift des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:
„Fünfter Abschnitt
Leistungen für Versicherte mit erheblichem
allgemeinem Betreuungsbedarf
und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“.
 - f) Nach der Angabe zu § 45c wird folgende Angabe eingefügt:
„§ 45d Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie
der Selbsthilfe“.
 - g) Die Angabe zu § 75 wird wie folgt gefasst:
„§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und
-vereinbarungen über die pflegerische Versorgung“.

Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)

vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) unverändert
 - b) unverändert
 - c) unverändert
 - d) unverändert
 - e) unverändert
 - f) unverändert
 - g) unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
h) Die Angabe zu § 80 wird wie folgt gefasst: „§ 80 (aufgehoben)“.	h) unverändert
i) Die Angabe zu § 80a wird wie folgt gefasst: „§ 80a (aufgehoben)“.	i) unverändert
j) Nach der Angabe zu § 82a wird folgende Angabe eingefügt: „§ 82b Ehrenamtliche Unterstützung“.	j) unverändert
	k) Nach der Angabe zu § 87a wird folgende Angabe eingefügt: „§ 87b Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“.
k) Die Überschrift des Fünften Abschnitts des Achten Kapitels wird wie folgt gefasst: „Fünfter Abschnitt Integrierte Versorgung und Pflegestützpunkte“.	l) unverändert
l) Nach der Angabe zu § 92b wird folgende Angabe eingefügt: „§ 92c Pflegestützpunkte“.	m) unverändert
m) Die Angabe zu § 112 wird wie folgt gefasst: „§ 112 Qualitätsverantwortung“.	n) unverändert
n) Die Angabe zu § 113 wird wie folgt gefasst: „§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität“.	o) unverändert
o) Nach der Angabe zu § 113 werden folgende Angaben eingefügt: „§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege § 113b Schiedsstelle Qualitätssicherung“.	p) unverändert
p) Die Angabe zu § 114 wird wie folgt gefasst: „§ 114 Qualitätsprüfungen“.	q) unverändert
q) Nach der Angabe zu § 114 wird folgende Angabe eingefügt: „§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen“.	r) unverändert
r) Die Angabe zu § 118 wird wie folgt gefasst: „§ 118 (aufgehoben)“.	s) unverändert
	1a. In § 1 wird nach Absatz 4 folgender Absatz 4a eingefügt: „(4a) In der Pflegeversicherung sollen geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen berücksichtigt und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege nach Möglichkeit Rechnung getragen werden.“
2. Dem § 2 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt: „Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden.“	2. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

3. § 7 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Ausübung seines Wahlrechts nach § 2 Abs. 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse dem Pflegebedürftigen unverzüglich nach Eingang seines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung gewährleistet werden soll (Leistungs- und Preisvergleichsliste). Gleichzeitig ist der Pflegebedürftige über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt (§ 92c), die Pflegeberatung (§ 7a) und darüber zu unterrichten, dass die Beratung und Unterstützung durch den Pflegestützpunkt sowie die Pflegeberatung unentgeltlich sind. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse vom Landesverband der Pflegekassen zur Verfügung zu stellen und zeitnah fortzuschreiben; sie hat zumindest die für die Pflegeeinrichtungen jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel und zur wohnortnahen Versorgung nach § 92c zu enthalten und ist von der Pflegekasse um die Festlegungen in den Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b, an denen sie beteiligt ist, zu ergänzen. Zugleich ist dem Pflegebedürftigen eine Beratung darüber anzubieten, welche Pflegeleistungen für ihn in seiner persönlichen Situation in Betracht kommen. Ferner ist der Pflegebedürftige auf die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen hinzuweisen. Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sind in gleicher Weise, insbesondere über anerkannte niedrighschwellige Betreuungsangebote, zu unterrichten und zu beraten.“

4. Nach § 7 wird folgender § 7a eingefügt:

„§ 7a
Pflegeberatung

(1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben ab dem 1. Januar 2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung). Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren,
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
3. die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen zu *veranlassen*,

3. unverändert

4. Nach § 7 wird folgender § 7a eingefügt:

„§ 7a
Pflegeberatung

(1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben ab dem 1. Januar 2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung). Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,

1. unverändert
2. unverändert
3. **auf** die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen **einschließlich deren Ge-**

Entwurf

4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.

Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen, insbesondere den gemeinsamen Servicestellen nach § 23 des Neunten Buches, ist sicherzustellen. *Die Pflegeberatung ist im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 92c anzusiedeln.* Ihnen obliegende *Teilaufgaben* der Pflegeberatung können die Pflegekassen auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt. Ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht auch dann, wenn ein Antrag auf Leistungen nach diesem Buch gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Vor dem 1. Januar 2009 kann Pflegeberatung gewährt werden, wenn und soweit eine Pflegekasse eine entsprechende Struktur aufgebaut hat.

(2) Auf Wunsch erfolgt die Pflegeberatung unter Einbeziehung von Dritten, insbesondere Angehörigen und Lebenspartnern, und in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt. *Der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin ist dem Hilfesuchenden möglichst dauerhaft persönlich zuzuordnen.*

(3) Die Anzahl von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen ist so zu bemessen, dass die Aufgaben nach Absatz 1 im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können. Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachkräfte *oder* Sozialversicherungsfachangestellte mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Zur erforderlichen Anzahl und Qualifikation von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen *erlässt* der Spitzenverband Bund der Pflegekassen *Richtlinien, in denen eine Frist für die Erfüllung der Qua-*

Beschlüsse des 14. Ausschusses

nehmung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,

4. unverändert
5. unverändert

Der Versorgungsplan beinhaltet insbesondere Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen nach Satz 2 Nr. 3, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen. Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen, insbesondere den gemeinsamen Servicestellen nach § 23 des Neunten Buches, ist sicherzustellen. Ihnen obliegende **Aufgaben** der Pflegeberatung können die Pflegekassen **ganz oder teilweise** auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt. Ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht auch dann, wenn ein Antrag auf Leistungen nach diesem Buch gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Vor dem 1. Januar 2009 kann Pflegeberatung gewährt werden, wenn und soweit eine Pflegekasse eine entsprechende Struktur aufgebaut hat. **Es ist sicherzustellen, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 92c Pflegeberatung im Sinne dieser Vorschrift in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist.**

(2) Auf Wunsch erfolgt die Pflegeberatung unter Einbeziehung von Dritten, insbesondere Angehörigen und Lebenspartnern, und in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt. **Ein Versicherter kann einen Leistungsantrag nach diesem oder dem Fünften Buch auch gegenüber dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin stellen. Der Antrag ist unverzüglich der zuständigen Pflege- oder Krankenkasse zu übermitteln, die den Leistungsbescheid unverzüglich dem Antragsteller und zeitgleich dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin zuleitet.**

(3) Die Anzahl von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen ist so zu bemessen, dass die Aufgaben nach Absatz 1 im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können. Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte **oder Sozialarbeiter** mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Zur erforderlichen Anzahl und Qualifikation von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen **gibt** der Spitzenverband Bund der Pflegekassen **bis zum 31. August 2008 Empfehlun-**

Entwurf

lifikationsanforderungen bis längstens zum 30. Juni 2011 vorgesehen werden kann. Werden die Richtlinien nicht bis zum 31. August 2008 erlassen, werden ihre Inhalte durch das Bundesministerium für Gesundheit festgelegt.

(4) Die Pflegekassen im Land haben Pflegeberater und Pflegeberaterinnen nach Anzahl und örtlicher Zuständigkeit aufeinander abgestimmt bereitzustellen und hierüber einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen bis zum 31. Oktober 2008 zu treffen. Die Pflegekassen können diese Aufgabe auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. Kommt eine Einigung bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ganz oder teilweise nicht zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines Monats zu entscheiden; § 81 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Pflegekassen *müssen* und die gesetzlichen Krankenkassen *sollen* zur *Sicherstellung einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung* durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen von der Möglichkeit der Beauftragung nach Maßgabe der §§ 88 bis 92 des Zehnten Buches Gebrauch machen. Die durch die Tätigkeit von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen entstehenden Aufwendungen werden von den Pflegekassen getragen und zur Hälfte auf die Verwaltungskostenpauschale nach § 46 Abs. 3 Satz 1 angerechnet.

(5) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, *können* Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen für die bei ihnen versicherten Personen nutzen. Dies setzt eine vertragliche Vereinbarung mit den Pflegekassen über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme sowie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen voraus. Soweit Vereinbarungen mit den Pflegekassen nicht zustande kommen, können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, untereinander Vereinbarungen über eine abgestimmte Bereitstellung von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen *für die Pflegestützpunkte* treffen.

(6) Pflegeberater und Pflegeberaterinnen sowie sonstige mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 befasste Stellen, insbesondere

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,
2. Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung,
3. Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77,
4. Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sowie
5. Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende,

dürfen Sozialdaten für Zwecke der Pflegeberatung *und der Pflegestützpunkte nach § 92c* nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben

Beschlüsse des 14. Ausschusses

gen ab. Die Qualifikationsanforderungen nach Satz 2 müssen spätestens zum 30. Juni 2011 erfüllt sein.

(4) Die Pflegekassen im Land haben Pflegeberater und Pflegeberaterinnen **zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung in den Pflegestützpunkten** nach Anzahl und örtlicher Zuständigkeit aufeinander abgestimmt bereitzustellen und hierüber einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen bis zum 31. Oktober 2008 zu treffen. Die Pflegekassen können diese Aufgabe auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. Kommt eine Einigung bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ganz oder teilweise nicht zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines Monats zu entscheiden; § 81 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Pflegekassen und die gesetzlichen Krankenkassen **können** zur Aufgabenwahrnehmung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen von der Möglichkeit der Beauftragung nach Maßgabe der §§ 88 bis 92 des Zehnten Buches Gebrauch machen. Die durch die Tätigkeit von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen entstehenden Aufwendungen werden von den Pflegekassen getragen und zur Hälfte auf die Verwaltungskostenpauschale nach § 46 Abs. 3 Satz 1 angerechnet.

(5) **Zur Durchführung der Pflegeberatung können** die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen für die bei ihnen versicherten Personen nutzen. Dies setzt eine vertragliche Vereinbarung mit den Pflegekassen über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme sowie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen voraus. Soweit Vereinbarungen mit den Pflegekassen nicht zustande kommen, können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, untereinander Vereinbarungen über eine abgestimmte Bereitstellung von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen treffen.

(6) Pflegeberater und Pflegeberaterinnen sowie sonstige mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 befasste Stellen, insbesondere

1. unverändert
2. unverändert
3. unverändert
4. unverändert
5. unverändert

dürfen Sozialdaten für Zwecke der Pflegeberatung nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder

Entwurf

nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.

(7) Über die Erfahrungen mit der Pflegeberatung legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2011 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vor. Er kann hierzu Mittel nach § 8 Abs. 3 einsetzen.“

5. § 8 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 3 werden nach der Angabe „§ 36“ die Wörter „und zur Entwicklung besonders pauschalierter Pflegesätze von § 84 Abs. 2 Satz 2“ eingefügt.

b) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht wurden, können sie in das Folgejahr übertragen werden.“

6. In § 9 Satz 2 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„durch Landesrecht kann auch bestimmt werden, ob und in welchem Umfang eine im Landesrecht vorgesehene finanzielle Unterstützung *Pflegebedürftiger* bei der Tragung der von den Pflegeeinrichtungen berechneten *Investitionskosten* als Förderung der Pflegeeinrichtungen gilt.“

7. § 10 wird wie folgt gefasst:

„§ 10
Pflegebericht der Bundesregierung

Die Bundesregierung berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes ab 2011 im Abstand von vier Jahren über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.“

8. § 12 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Sie arbeiten dabei mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen und wirken, insbesondere durch Pflegestützpunkte nach § 92c, auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen hin, um eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen zu ermöglichen.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

Beschlüsse des 14. Ausschusses

durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.

(7) unverändert

5. unverändert

6. In § 9 Satz 2 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„durch Landesrecht kann auch bestimmt werden, ob und in welchem Umfang eine im Landesrecht vorgesehene **und an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientierte** finanzielle Unterstützung

1. der Pflegebedürftigen bei der Tragung der **ihnen** von den Pflegeeinrichtungen berechneten **betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen oder**

2. der Pflegeeinrichtungen bei der Tragung ihrer betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen

als Förderung der Pflegeeinrichtungen gilt.“

7. unverändert

8. unverändert

Entwurf

„Sie stellen insbesondere über die Pflegeberatung nach § 7a sicher, dass im Einzelfall Grundpflege, Behandlungspflege, ärztliche Behandlung, spezialisierte Palliativversorgung, Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe sowie hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinander greifen.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Pflegekassen nutzen darüber hinaus das Instrument der integrierten Versorgung nach § 92b und wirken zur Sicherstellung der haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung der Pflegebedürftigen darauf hin, dass die stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen oder § 119b des Fünften Buches anwenden.“

9. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Im Rahmen dieser Prüfungen hat der Medizinische Dienst durch eine Untersuchung des Antragstellers die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4 festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit und das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a zu ermitteln.“

bb) In Satz 3 zweiter Halbsatz werden das Wort „ambulanten“ und die Wörter „mit Ausnahme von Kuren“ gestrichen.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung weiter. Dem Antragsteller soll spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt werden. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und

1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt,

ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt, ist

Beschlüsse des 14. Ausschusses

9. § 18 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung weiter. Dem Antragsteller soll spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitgeteilt werden. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und

1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt,

ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. **Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.** Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung,

Entwurf

eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst an die Pflegekasse weiterleitet. In den Fällen der Sätze 3 und 4 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt. Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen.“

c) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung hat der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich zu übermitteln. In seiner Stellungnahme hat der Medizinische Dienst auch das Ergebnis der Prüfung, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, mitzuteilen und Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.“

d) In Absatz 7 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen.“

10. § 23 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhausleistungen“ die Wörter „oder im Rahmen von Versicherungsverträgen, die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsgesetzes genügen,“ eingefügt.

b) In Absatz 2 Satz 4 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„bei fortbestehender Versicherungspflicht nach Absatz 1 wird eine Kündigung des Vertrages jedoch erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.“

11. In § 25 Abs. 3 wird das Wort „Beitragsbemessungsgrenze“ durch die Wörter „Jahresarbeitsentgeltgrenze nach dem Fünften Buch“ ersetzt.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst an die Pflegekasse weiterleitet. In den Fällen der Sätze 3 bis 5 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt. Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen.“

c) unverändert

d) unverändert

10. unverändert

11. unverändert

Entwurf

12. § 28 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Nummern 11 und 12 werden wie folgt gefasst:
- „11. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit (§ 44a),
12. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),“.
- bb) Folgende Nummern 13 und 14 werden angefügt:
- „13. zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45b),
14. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 17 des Neunten Buches.“
- b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:
- „(1a) Versicherte haben gegenüber ihrer Pflegekasse oder ihrem Versicherungsunternehmen Anspruch auf Pflegeberatung (§ 7a).“

13. § 30 wird wie folgt gefasst:

„§ 30
Dynamisierung

Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre, erstmals im Jahr 2014, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren; dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. Bei der Prüfung können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden. Die Bundesregierung legt den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe vor. Die Bundesregierung wird ermächtigt, nach Vorlage des Berichts unter Berücksichtigung etwaiger Stellungnahmen der gesetzgebenden Körperschaften des Bundes die Leistungen der Pflegeversicherung sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zum 1. Januar des Folgejahres anzupassen. Die Rechtsverordnung soll frühestens zwei Monate nach Vorlage des Berichts erlassen werden, um den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

14. § 31 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
- „(3) Wenn eine Pflegekasse durch die gutachterlichen Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (§ 18 Abs. 6) oder auf sonstige Weise feststellt, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, informiert sie unverzüglich den Versicherten sowie mit dessen Einwilligung den behandelnden Arzt und

Beschlüsse des 14. Ausschusses

12. § 28 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) unverändert
- bb) Folgende Nummern 13 und 14 werden angefügt:
- „13. zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45b),
14. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 17 **Abs. 2 bis 4** des Neunten Buches.“
- b) unverändert

13. § 30 wird wie folgt gefasst:

„§ 30
Dynamisierung

Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre, erstmals im Jahr 2014, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren; dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. Bei der Prüfung können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden. Die Bundesregierung legt den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe vor. Die Bundesregierung wird ermächtigt, nach Vorlage des Berichts unter Berücksichtigung etwaiger Stellungnahmen der gesetzgebenden Körperschaften des Bundes die **Höhe der** Leistungen der Pflegeversicherung sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zum 1. Januar des Folgejahres anzupassen. Die Rechtsverordnung soll frühestens zwei Monate nach Vorlage des Berichts erlassen werden, um den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

14. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

leitet mit Einwilligung des Versicherten eine entsprechende Mitteilung dem zuständigen Rehabilitationsträger zu. Die Pflegekasse weist den Versicherten gleichzeitig auf seine Eigenverantwortung und Mitwirkungspflicht hin. Soweit der Versicherte eingewilligt hat, gilt die Mitteilung an den Rehabilitationsträger als Antragstellung für das Verfahren nach § 14 des Neunten Buches. Die Pflegekasse ist über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers unverzüglich zu informieren. Sie prüft in einem angemessenen zeitlichen Abstand, ob entsprechende Maßnahmen durchgeführt worden sind; soweit erforderlich, hat sie vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 32 Abs. 1 zu erbringen.“

b) Absatz 4 wird aufgehoben.

15. § 33 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Zuordnung zu einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie die Bewilligung von Leistungen können befristet werden und enden mit Ablauf der Frist. Die Befristung erfolgt, wenn und soweit eine Verringerung des Hilfebedarfs nach der Einschätzung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu erwarten ist. Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie bei bewilligten Leistungen im Befristungszeitraum nicht aus, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist. Der Befristungszeitraum darf insgesamt die Dauer von drei Jahren nicht überschreiten. Um eine nahtlose Leistungsgewährung sicherzustellen, hat die Pflegekasse vor Ablauf einer Befristung rechtzeitig zu prüfen und dem Pflegebedürftigen sowie der ihn betreuenden Pflegeeinrichtung mitzuteilen, ob Pflegeleistungen weiterhin bewilligt werden und welcher Pflegestufe der Pflegebedürftige zuzuordnen ist.“

b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5. in der Zeit vom 1. Januar 2000 bis 30. Juni 2008, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens fünf Jahre,“.

bb) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 6 angefügt:

„6. in der Zeit ab 1. Juli 2008, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre“.

c) Absatz 4 wird aufgehoben.

16. In § 34 Abs. 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Krankenhausbehandlung“ die Wörter „, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung“ eingefügt.

15. unverändert

16. § 34 wird wie folgt geändert:

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

17. § 36 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Mehrere Pflegebedürftige können Pflege- und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam als Sachleistung in Anspruch nehmen. Der Anspruch auf Betreuungsleistungen als Sachleistung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind. Betreuungsleistungen als Sachleistungen nach Satz 5 dürfen nicht zulasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, durch den zuständigen Träger der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

- a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,

2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

- a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 1 040 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 1 100 Euro ab 1. Januar 2012,

3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von

- a) 1 470 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 1 510 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012.“

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf für nicht mehr als drei vom Hundert aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwendung finden.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen überwacht die Einhaltung dieses Höchstsatzes

17. unverändert

a) In **Absatz 2** Satz 2 werden nach dem Wort „Krankenhausbehandlung“ **ein Komma und** die Wörter „einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung“ eingefügt.

b) In **Absatz 3** werden nach dem Wort „Auslandsaufenthalt“ die Wörter „des Versicherten oder Erholungsurlaub der Pflegeperson“ eingefügt.

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

und hat erforderlichenfalls geeignete Maßnahmen zur Einhaltung zu ergreifen.“

18. § 37 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I

a) 215 Euro ab 1. Juli 2008,

b) 225 Euro ab 1. Januar 2010,

c) 235 Euro ab 1. Januar 2012,

2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II

a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,

b) 430 Euro ab 1. Januar 2010,

c) 440 Euro ab 1. Januar 2012,

3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III

a) 675 Euro ab 1. Juli 2008,

b) 685 Euro ab 1. Januar 2010,

c) 700 Euro ab 1. Januar 2012.“

b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„§ 118 Abs. 3 und 4 des Sechsten Buches gilt entsprechend, wenn für die Zeit nach dem Monat, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist, Pflegegeld überwiesen wurde.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben

1. bei Pflegestufe I und II halbjährlich einmal,

2. bei Pflegestufe III vierteljährlich einmal

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen.“

bb) In Satz 4 wird die Angabe „16 Euro“ durch die Angabe „21 Euro“ und die Angabe „26 Euro“ durch die Angabe „31 Euro“ ersetzt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch

18. § 37 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

b) unverändert

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) unverändert

bb) unverändert

cc) Folgende **Sätze werden** angefügt:

„Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können halbjährlich einmal einen Beratungsbe-

Entwurf

in Anspruch nehmen; die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegestufen I und II nach Satz 4.“

- d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Die Pflegedienste“ die Wörter „und die anerkannten Beratungsstellen“ eingefügt.
- bb) In Satz 3 wird das Wort „hat“ durch die Wörter „und die anerkannte Beratungsstelle haben“ ersetzt.
- e) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:
- „Die Empfehlungen gelten für die anerkannten Beratungsstellen entsprechend.“
- f) Folgende Absätze 7 und 8 werden angefügt:
- „(7) Die Landesverbände der Pflegekassen haben neutrale und unabhängige Beratungsstellen zur Durchführung der Beratung nach den Absätzen 3 und 4 anzuerkennen. Dem Antrag auf Anerkennung ist ein Nachweis über die erforderliche pflegefachliche Kompetenz der Beratungsstelle und ein Konzept zur Qualitätssicherung des Beratungsangebotes beizufügen. Die Landesverbände der Pflegekassen regeln das Nähere zur Anerkennung der Beratungsstellen.
- (8) Der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin (§ 7a) kann die vorgeschriebenen Beratungseinsätze durchführen und diese bescheinigen.“

19. In § 39 werden die Sätze 3 bis 5 wie folgt gefasst:

„Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1 470 Euro ab 1. Juli 2008, auf bis zu 1 510 Euro ab 1. Januar 2010 und auf bis zu 1 550 Euro ab 1. Januar 2012 belaufen, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. 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 Abs. 1 nicht überschreiten, es sei denn, die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig ausgeübt; in diesen Fällen findet der Leistungsbetrag nach Satz 3 Anwendung. Bei Bezug

Beschlüsse des 14. Ausschusses

such in Anspruch nehmen; die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegestufen I und II nach Satz 4. **In diesen Fällen kann die Beratung auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen wahrgenommen werden, ohne dass für die Anerkennung eine pflegefachliche Kompetenz nachgewiesen werden muss.**“

- d) unverändert
- e) unverändert
- f) Folgende Absätze 7 und 8 werden angefügt:
- „(7) Die Landesverbände der Pflegekassen haben neutrale und unabhängige Beratungsstellen zur Durchführung der Beratung nach den Absätzen 3 und 4 anzuerkennen. Dem Antrag auf Anerkennung ist ein Nachweis über die erforderliche pflegefachliche Kompetenz der Beratungsstelle und ein Konzept zur Qualitätssicherung des Beratungsangebotes beizufügen. Die Landesverbände der Pflegekassen regeln das Nähere zur Anerkennung der Beratungsstellen. **Für die Durchführung von Beratungen nach Absatz 3 Satz 6 können die Landesverbände der Pflegekassen geeignete Beratungsstellen anerkennen, ohne dass ein Nachweis über die pflegefachliche Kompetenz erforderlich ist.**
- (8) unverändert

19. § 39 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 wird die Angabe „zwölf“ durch die Angabe „sechs“ ersetzt.
- b) Die Sätze 3 bis 5 werden wie folgt gefasst:

„Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1 470 Euro ab 1. Juli 2008, auf bis zu 1 510 Euro ab 1. Januar 2010 und auf bis zu 1 550 Euro ab 1. Januar 2012 belaufen, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. 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 Abs. 1 nicht überschreiten, es sei denn, die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig ausgeübt; in diesen Fällen findet der

Entwurf

der Leistung in Höhe des Pflegegeldes für eine Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden.“

20. § 40 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift werden die Wörter „technische Hilfen“ durch die Wörter „wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 wird das Wort „Hilfsmittel“ durch das Wort „Pflegehilfsmittel“ ersetzt; folgender Satz wird angefügt:
„Die Leistung kann auch in Form einer Kosten-erstattung erbracht werden.“
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „Hilfsmittel“ durch das Wort „Pflegehilfsmittel“ ersetzt.
 - bb) In Satz 3 wird das Wort „Hilfsmitteln“ durch das Wort „Pflegehilfsmitteln“ ersetzt.
 - cc) In Satz 4 wird jeweils das Wort „Hilfsmittel“ durch das Wort „Pflegehilfsmittel“ ersetzt.
 - dd) Satz 5 wird wie folgt gefasst:
„Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung des § 62 Abs. 1 Satz 1, 2 und 6 sowie Abs. 2 und 3 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien.“
 - ee) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:
„Versicherte, die die für sie geltende Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches erreicht haben oder unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach Satz 4 erreichen, sind hinsichtlich des die Belastungsgrenze überschreitenden Betrags von der Zuzahlung nach diesem Buch befreit.“
 - ff) Im neuen Satz 7 wird jeweils das Wort „Hilfsmittels“ durch das Wort „Pflegehilfsmittels“ ersetzt.

21. § 41 wird wie folgt geändert:

- a) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:
 - „(2) Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen 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 der Pflegestufe I einen Gesamtwert bis zu

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Leistungsbetrag nach Satz 3 Anwendung. Bei Bezug der Leistung in Höhe des Pflegegeldes für eine Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden.“

20. unverändert

21. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

- a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II einen Gesamtwert bis zu
- a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 1 040 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 1 100 Euro ab 1. Januar 2012,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III einen Gesamtwert bis zu
- a) 1 470 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 1 510 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012.

(3) Pflegebedürftige können nach näherer Bestimmung der Absätze 4 bis 6 die Ansprüche auf Tages- und Nachtpflege, Pflegegeld und Pflegesachleistung nach ihrer Wahl miteinander kombinieren.“

- b) Folgende Absätze 4 bis 6 werden angefügt:

„(4) Wird die Leistung nach Absatz 2 nur zusammen mit Sachleistungen nach § 36 in Anspruch genommen, dürfen die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat 150 vom Hundert des in § 36 Abs. 3 und 4 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Dabei mindert sich der Sachleistungsanspruch nach § 36 Abs. 3 und 4 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistung nach Absatz 2 über 50 vom Hundert in Anspruch genommen wird.

(5) Wird die Leistung nach Absatz 2 nur zusammen mit Pflegegeld nach § 37 in Anspruch genommen, erfolgt keine Minderung des Pflegegeldes, soweit die Aufwendungen für die Leistung nach Absatz 2 je Kalendermonat 50 vom Hundert des in § 36 Abs. 3 und 4 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten mindert sich der Pflegegeldanspruch nach § 37 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistung nach Absatz 2 über 50 vom Hundert in Anspruch genommen wird.

(6) Wird die Leistung nach Absatz 2 zusammen mit der Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38) in Anspruch genommen, bleibt die Leistung nach Absatz 2 unberücksichtigt, soweit sie je Kalendermonat 50 vom Hundert des in § 36 Abs. 3 und 4 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigt. Ansonsten findet § 38 Satz 2 mit der Maßgabe Anwendung, dass bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes, um den das Pflegegeld zu kürzen ist, von einem Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 150 vom Hundert auszugehen ist und der Restpflegegeldanspruch auf den Betrag begrenzt ist, der sich ohne Inanspruchnahme der Tagespflege ergeben würde.“

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

22. In § 42 Abs. 2 Satz 2 wird die Angabe „1 432 Euro“ durch die Angabe „1 470 Euro ab 1. Juli 2008, 1 510 Euro ab 1. Januar 2010 und 1 550 Euro ab 1. Januar 2012“ ersetzt.

22. § 42 wird **wie folgt geändert**:

a) In **Absatz 2** Satz 2 wird die Angabe „1 432 Euro“ durch die Angabe „1 470 Euro ab 1. Juli 2008, 1 510 Euro ab 1. Januar 2010 und 1 550 Euro ab 1. Januar 2012“ ersetzt.

b) **Folgender Absatz wird angefügt**:

„(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. § 34 Abs. 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Sind in dem Entgelt für die Einrichtung Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 vom Hundert des Entgelts zuschussfähig. In begründeten Einzelfällen kann die Pflegekasse in Ansehung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Aufwendungen für Investitionen davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.“

23. § 43 wird wie folgt geändert:

23. unverändert

a) Die Absätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„(2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 1 023 Euro,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 1 279 Euro,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III
 - a) 1 470 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 1 510 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012,
4. für Pflegebedürftige, die nach Absatz 3 als Härtefall anerkannt sind,
 - a) 1 750 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 1 825 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 1 918 Euro ab 1. Januar 2012.

Der von der Pflegekasse einschließlich einer Dynamisierung nach § 30 zu übernehmende Betrag darf 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und geson-

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

dert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 nicht übersteigen.

(3) Die Pflegekassen können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pauschal in Höhe des nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 4 geltenden Betrages übernehmen, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise bei Apallikern, schwerer Demenz oder im Endstadium von Krebserkrankungen. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf für nicht mehr als fünf vom Hundert aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationäre Pflegeleistungen erhalten, Anwendung finden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen überwacht die Einhaltung dieses Höchstsatzes und hat erforderlichenfalls geeignete Maßnahmen zur Einhaltung zu ergreifen.“

b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim werden die Leistungen für vollstationäre Pflege erbracht, solange die Voraussetzungen des § 87a Abs. 1 Satz 5 und 6 vorliegen.“

24. § 44 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Renten- und Unfallversicherung“ die Wörter „und nach dem Recht der Arbeitsförderung“ und nach dem Wort „Unfallversicherungsträgern“ die Wörter „sowie der Bundesagentur für Arbeit“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden in Nummer 7 das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt, in Nummer 8 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 9 angefügt:

„9. den Beginn und das Ende einer Pflegezeit nach § 3 des Pflegezeitgesetzes.“

cc) In Satz 3 werden nach den Wörtern „Deutsche Rentenversicherung Bund“ die Wörter „ , der Bundesagentur für Arbeit“ eingefügt.

b) In Absatz 4 wird die Angabe „Absatz 3 Satz 2 Nr. 1 bis 6 und 8“ durch die Angabe „Absatz 3 Satz 2 Nr. 1 bis 6, 8 und 9“ ersetzt.

c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Werden Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit nach § 347 Nr. 10 Buchstabe c des Dritten Buches anteilig getragen, gilt Absatz 5 mit der Maßgabe, dass die in Absatz 3 Satz 2 Nr. 1 bis 5 und 9 genannten Angaben mitzuteilen sind.“

25. Nach § 44 wird folgender § 44a eingefügt:

24. **entfällt**

25. **unverändert**

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

„§ 44a

Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit

(1) Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung. Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen; dabei wird ab 1. Januar 2009 für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt. In der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 wird bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse (§ 241 des Fünften Buches), bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen sowie jeweils der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Bei Personen, die nicht Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, wird in der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen nach § 245 Abs. 1 des Fünften Buches sowie der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.

(2) Pflegende Personen sind während der Inanspruchnahme einer Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes nach Maßgabe des Dritten Buches nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert.“

26. Die Überschrift des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst: 26. unverändert

„Fünfter Abschnitt

Leistungen für Versicherte

mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf
und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“.

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

27. § 45a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Dies sind

1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie
2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht,

mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.“

b) In Absatz 2 Satz 3 werden nach den Wörtern „kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene“ die Wörter „, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene“ eingefügt.

28. § 45b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Versicherte, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können zusätzliche Betreuungsleistungen im Wert von bis zu 200 Euro monatlich in Anspruch nehmen.“

bb) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die Höhe des Anspruchs wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Einzelfall festgelegt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene Richtlinien über einheitliche Maßstäbe für die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der Höhe des Betreuungsbetrages; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.“

27. unverändert

28. § 45b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Versicherte, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können **je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs** zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen.“

bb) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„**Die Kosten hierfür werden ersetzt, höchstens jedoch 100 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag). Die Höhe des jeweiligen Anspruchs nach Satz 2 wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Einzelfall festgelegt und dem Versicherten mitgeteilt.** Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene Richtlinien über einheitliche Maßstäbe **zur Bewertung des Hilfebedarfs auf Grund der Schädigungen und Fähigkeitsstörungen in den in § 45a Abs. 2 Nr. 1 bis 13 aufgeführten Bereichen** für die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der jewei-

Entwurf

cc) *Der neue Satz 5 wird wie folgt gefasst:*

„Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

- 1. der Tages- und Nachtpflege,*
- 2. der Kurzzeitpflege,*
- 3. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt,*
- 4. der nach Landesrecht anerkannten niedrighschwelligigen Betreuungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind, oder*
- 5. der niedrighschwelligigen Betreuungsangebote, die von Pflegestützpunkten vermittelt werden.“*

b) In Absatz 2 werden die Sätze 2 und 3 wie folgt gefasst:

„Die Leistung nach Absatz 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 *Kalenderquartal* übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.“

c) Absatz 3 Satz 1 wird aufgehoben.

29. § 45c wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „10 Millionen Euro“ durch die Angabe „15 Millionen Euro“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „20 Millionen Euro“ durch die Angabe „30 Millionen Euro“ ersetzt.
- c) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können in das Folgejahr übertragen werden.“

30. Nach § 45c wird folgender § 45d eingefügt:

„§ 45d
Förderung ehrenamtlicher Strukturen
sowie der Selbsthilfe

(1) In entsprechender Anwendung des § 45c können die dort vorgesehenen Mittel des Ausgleichsfonds, die

Beschlüsse des 14. Ausschusses

ligen Höhe des Betreuungsbetrages; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.“

cc) **In dem neuen Satz 6 wird das Wort „Pflegebedürftigen“ durch das Wort „Versicherten“ ersetzt.**

b) In Absatz 2 werden die Sätze 2 und 3 wie folgt gefasst:

„Die Leistung nach Absatz 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. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.“

c) **unverändert**

29. § 45c wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „10 Millionen Euro“ durch die Angabe „25 Millionen Euro“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „20 Millionen Euro“ durch die Angabe „50 Millionen Euro“ ersetzt.
- c) **unverändert**

30. **unverändert**

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenziell Erkrankte zur Verfügung stehen, auch verwendet werden zur Förderung und zum Auf- und Ausbau

1. von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben, und
2. von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben.

(2) Selbsthilfegruppen im Sinne von Absatz 1 sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder aufgrund 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, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern. Selbsthilfeorganisationen im Sinne von Absatz 1 sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen nach Satz 1 in Verbänden. Selbsthilfekontaktstellen im Sinne von Absatz 1 sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern.

(3) § 45c Abs. 6 Satz 4 gilt entsprechend.“

31. *In § 46 Abs. 3 Satz 1 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:*

„dabei ist der Erstattungsbetrag für die einzelne Krankenkasse um die Hälfte der Aufwendungen der jeweiligen Pflegekasse für Pflegeberatung nach § 7a Abs. 4 Satz 4 zu vermindern.“

31. § 46 wird wie folgt geändert:

- a) **In Absatz 2 werden nach Satz 3 folgende Sätze eingefügt:**

„Krankenkassen und Pflegekassen können für Mitglieder, die ihre Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge selbst zu zahlen haben, die Höhe der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in einem gemeinsamen Beitragsbescheid festsetzen. Das Mitglied ist darauf hinzuweisen, dass der Bescheid über den Beitrag zur Pflegeversicherung im Namen der Pflegekasse ergeht.“

- b) **In Absatz 3 Satz 1 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:**

„dabei ist der Erstattungsbetrag für die einzelne Krankenkasse um die Hälfte der Aufwendungen der jeweiligen Pflegekasse für Pflegeberatung nach § 7a Abs. 4 Satz 5 zu vermindern.“

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

32. § 47 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Die Satzung kann eine Bestimmung enthalten, nach der die Pflegekasse den Abschluss privater Pflege-Zusatzversicherungen zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln kann.“

b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.

33. § 52 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„§ 211a und § 212 Abs. 5 Satz 4 bis 10 des Fünften Buches gelten entsprechend.“

34. § 55 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 1,95 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt.“

35. Dem § 57 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Wird der Beitragssatz im Laufe eines Kalenderjahres geändert, stellt das Bundesministerium für Gesundheit die Höhe der Zuschläge nach den Sätzen 2 und 3 für den Zeitraum ab der Änderung fest.“

36. § 61 Abs. 3 wird aufgehoben.

37. In § 67 Abs. 1 wird die Angabe „15.“ durch die Angabe „10.“ ersetzt.

38. In § 69 Satz 2 werden die Wörter „, Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen“ gestrichen.

39. § 71 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

32. unverändert

33. unverändert

34. § 55 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 1,95 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt.“

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Zu den Eltern im Sinne des Absatzes 3 Satz 2 gehören nicht

1. Adoptiveltern, wenn das Kind zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Adoption bereits die in § 25 Abs. 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat,

2. Stiefeltern, wenn das Kind zum Zeitpunkt der Eheschließung mit dem Elternteil des Kindes bereits die in § 25 Abs. 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat oder wenn das Kind vor Erreichen dieser Altersgrenzen nicht in den gemeinsamen Haushalt mit dem Mitglied aufgenommen worden ist.“

35. § 57 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 3 wird die Angabe „14,71 vom Hundert“ durch die Wörter „um das Verhältnis des Beitragszuschlags für Kinderlose nach § 55 Abs. 3 Satz 1 zu dem Beitragssatz nach § 55 Abs. 1 Satz 1“ ersetzt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Wird der Beitragssatz im Laufe eines Kalenderjahres geändert, stellt das Bundesministerium für Gesundheit die Höhe der Zuschläge nach den Sätzen 2 und 3 für den Zeitraum ab der Änderung fest.“

36. § 61 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird aufgehoben.

b) Die Absätze 4 bis 8 werden die Absätze 3 bis 7.

37. unverändert

38. unverändert

39. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

„Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne von Absatz 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als

1. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,
2. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
3. Altenpflegerin oder Altenpfleger

eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre erforderlich.“

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde.“

40. § 72 wird wie folgt geändert:

40. unverändert

a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „(§ 4 Abs. 2)“ durch die Angabe „(§ 84 Abs. 4)“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2) eines Pflegeeinrichtungsträgers, die örtlich und organisatorisch miteinander verbunden sind, kann ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) geschlossen werden.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 erster Halbsatz wird wie folgt gefasst:

„Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die

1. den Anforderungen des § 71 genügen,
2. die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten sowie eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen,
3. sich verpflichten, nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln,
4. sich verpflichten, alle Expertenstandards nach § 113a anzuwenden;“.

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Bei ambulanten Pflegediensten ist in den Versorgungsverträgen der Einzugsbereich festzulegen, in dem die Leistungen zu erbringen sind.“

41. § 74 wird wie folgt geändert:

41. unverändert

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

Entwurf

„dies gilt auch, wenn die Pflegeeinrichtung ihre Pflicht wiederholt gröblich verletzt, Pflegebedürftigen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu bieten, die Hilfen darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten und angemessenen Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Landesverbände der Pflegekassen können im Einvernehmen mit den zuständigen Trägern der Sozialhilfe zur Vermeidung der Kündigung des Versorgungsvertrages mit dem Träger der Pflegeeinrichtung insbesondere vereinbaren, dass

1. die verantwortliche Pflegefachkraft sowie weitere Leitungskräfte zeitnah erfolgreich geeignete Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen absolvieren,
2. die Pflege, Versorgung und Betreuung weiterer Pflegebedürftiger bis zur Beseitigung der Kündigungsgründe ganz oder teilweise vorläufig ausgeschlossen ist.“

b) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „dem Heimgesetz“ durch die Wörter „den heimrechtlichen Vorschriften“ ersetzt.

42. § 75 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „und Bundesempfehlungen“ durch die Wörter „, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,“.

bb) In Nummer 8 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt; folgende Nummer 9 wird angefügt:

„9. die Möglichkeiten, unter denen sich Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Pflegepersonen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in der häuslichen Pflege sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an der *Versorgung und Betreuung* Pflegebedürftiger beteiligen können.“

cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Durch die Regelung der sächlichen Ausstattung in Satz 1 Nr. 3 werden Ansprüche der Pflegeheimbewohner nach § 33 des Fünften Buches auf Versorgung mit Hilfsmitteln weder aufgehoben noch eingeschränkt.“

Beschlüsse des 14. Ausschusses

42. § 75 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) unverändert

bb) In Nummer 8 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt; folgende Nummer 9 wird angefügt:

„9. die Möglichkeiten, unter denen sich Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Pflegepersonen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in der häuslichen Pflege sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an der *Betreuung* Pflegebedürftiger beteiligen können.“

cc) unverändert

Entwurf

- c) Folgender Absatz 7 wird angefügt:
- „(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist den zugelassenen Pflegeeinrichtungen *durch die Landesverbände der Pflegekassen* bekannt zu geben. Sie ist für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen *nach Aufhebung der gemäß § 83 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 erlassenen Rechtsverordnung* unmittelbar verbindlich.“
43. § 76 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
- „für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden.“
- bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „überörtlichen“ die Wörter „oder, sofern Landesrecht dies bestimmt, ein örtlicher“ eingefügt.
- b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:
- „(6) Abweichend von § 85 Abs. 5 können die Parteien der Pflegesatzvereinbarung (§ 85 Abs. 2) gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson bestellen. Diese setzt spätestens bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nach ihrer Bestellung die Pflegesätze und den Zeitpunkt *des* Inkrafttretens fest. Gegen die Festsetzung *ist der Rechtsweg nicht gegeben*. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. § 85 Abs. 6 gilt entsprechend.“
44. § 77 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- a) Satz 1 erster Halbsatz wird wie folgt gefasst:
- „Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung kann die zuständige Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, soweit
1. die pflegerische Versorgung ohne den Einsatz von Einzelpersonen im Einzelfall nicht ermöglicht werden kann,
 2. die pflegerische Versorgung durch den Einsatz von Einzelpersonen besonders wirksam und wirtschaftlich ist (§ 29),
 3. dies den Pflegebedürftigen in besonderem Maße hilft, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen (§ 2 Abs. 1), oder

Beschlüsse des 14. Ausschusses

- c) Folgender Absatz 7 wird angefügt:
- „(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, **die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände** und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Die Vereinbarung nach Satz 1 **tritt unmittelbar nach Aufhebung der gemäß § 83 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 erlassenen Rechtsverordnung in Kraft** und ist den **im Land tätigen** zugelassenen Pflegeeinrichtungen **von den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich** bekannt zu geben. Sie ist für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.“
43. § 76 wird wie folgt geändert:
- a) unverändert
- b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:
- „(6) Abweichend von § 85 Abs. 5 können die Parteien der Pflegesatzvereinbarung (§ 85 Abs. 2) gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson bestellen. Diese setzt spätestens bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nach ihrer Bestellung die Pflegesätze und den Zeitpunkt **ihres** Inkrafttretens fest. Gegen die Festsetzungsentscheidung **kann ein Antrag auf gerichtliche Aufhebung nur gestellt werden, wenn die Festsetzung der öffentlichen Ordnung widerspricht**. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. § 85 Abs. 6 gilt entsprechend.“
44. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

4. dies dem besonderen Wunsch der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe entspricht (§ 2 Abs. 2);“.
- b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
- „In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; die Vergütungen sind für Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren.“
- c) Folgender Satz wird angefügt:
- „Die Pflegekassen können Verträge nach Satz 1 schließen, wenn dies zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung und der Betreuung nach § 36 Abs. 1 unter Berücksichtigung des in der Region vorhandenen ambulanten Leistungsangebots oder um den Wünschen der Pflegebedürftigen zu entsprechen erforderlich ist.“
45. § 79 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
45. unverändert
- a) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
- „Eine Prüfung ist nur zulässig, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht mehr erfüllt.“
- b) Folgende Sätze werden angefügt:
- „Die Anhaltspunkte sind der Pflegeeinrichtung rechtzeitig vor der Anhörung mitzuteilen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.“
46. § 80 wird aufgehoben. 46. unverändert
47. § 80a wird aufgehoben. 47. unverändert
48. § 82a wird wie folgt geändert: 48. unverändert
- a) In Absatz 1 werden die Wörter „Bundes- oder Landesrecht in der Altenpflege oder Altenpflegehilfe“ durch die Wörter „Bundesrecht in der Altenpflege oder nach Landesrecht in der Altenpflegehilfe“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Bundes- oder Landesrecht zur Ausbildung in der Altenpflege oder Altenpflegehilfe“ durch die Wörter „Bundesrecht zur Ausbildung in der Altenpflege oder nach Landesrecht zur Ausbildung in der Altenpflegehilfe“ ersetzt.
49. Nach § 82a wird folgender § 82b eingefügt: 49. unverändert
- „§ 82b
Ehrenamtliche Unterstützung
- Soweit und solange einer nach diesem Gesetz zugelassenen Pflegeeinrichtung, insbesondere
1. für die vorbereitende und begleitende Schulung,
 2. für die Planung und Organisation des Einsatzes oder
 3. für den Ersatz des angemessenen Aufwands

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

der Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie der ehrenamtlichen und sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und Organisationen, für von der Pflegeversicherung versorgte Leistungsempfänger nicht anderweitig gedeckte Aufwendungen entstehen, sind diese bei stationären Pflegeeinrichtungen in den Pflegesätzen (§ 84 Abs. 1) und bei ambulanten Pflegeeinrichtungen in den Vergütungen (§ 89) berücksichtigungsfähig. Die Aufwendungen können in der Vergütungsvereinbarung über die allgemeinen Pflegeleistungen gesondert ausgewiesen werden.“

50. § 84 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind, können Zuschläge zum Pflegesatz der Pflegeklasse 3 bis zur Höhe des kalendertäglichen Unterschiedsbetrages vereinbart werden, der sich aus § 43 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 und 4 ergibt.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden.“

b) Folgende Absätze 5 und 6 werden angefügt:

„(5) In der Pflegesatzvereinbarung sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtung festzulegen. Hierzu gehören insbesondere

1. die Zuordnung des voraussichtlich zu versorgenden Personenkreises sowie Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die von der Einrichtung während des nächsten Pflegesatzzeitraums erwartet werden,
2. die von der Einrichtung für den voraussichtlich zu versorgenden Personenkreis individuell vorzuhaltende personelle Ausstattung, gegliedert nach Berufsgruppen, sowie
3. Art und Umfang der Ausstattung der Einrichtung mit Verbrauchsgütern (§ 82 Abs. 2 Nr. 1).

(6) Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, mit der vereinbarten personellen Ausstattung die Versorgung der Pflegebedürftigen jederzeit sicherzustellen. Er hat bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Pflegebedürftigen nicht beeinträchtigt wird. Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Träger der Einrichtung in einem Personalabgleich nachzuweisen, dass die vereinbarte Personalausstattung tatsächlich bereitgestellt und bestimmungsgemäß eingesetzt wird. Das Nähere

50. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

zur Durchführung des Personalabgleichs wird in den Verträgen nach § 75 Abs. 1 und 2 geregelt.“

51. § 85 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 werden die Wörter „oder von ihnen allein oder gemeinsam gebildete Arbeitsgemeinschaften sowie“ durch ein Komma ersetzt.

bb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. die für die Bewohner des Pflegeheimes zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie“.

cc) Folgende Nummer 3 wird angefügt:

„3. die Arbeitsgemeinschaften der unter Nummer 1 und 2 genannten Träger,“.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „des Heimbeirats oder des Heimfürsprechers nach § 7 Abs. 4 des Heimgesetzes“ durch die Wörter „der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner“ ersetzt.

bb) In Satz 4 werden die Wörter „nach der Pflegebuchführungsverordnung“ durch die Wörter „entsprechend den Grundsätzen ordnungsgemäßer Pflegebuchführung“ ersetzt.

c) In Absatz 6 Satz 1 erster Halbsatz werden nach dem Wort „darin“ die Wörter „unter angemessener Berücksichtigung der Interessen der Pflegeheimbewohner“ eingefügt.

52. In § 87 Satz 1 werden die Wörter „für Unterkunft und Verpflegung“ durch die Wörter „für die Unterkunft und für die Verpflegung jeweils getrennt“ ersetzt.

53. § 87a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„dies gilt auch dann, wenn heimrechtliche Vorschriften abweichende Regelungen vorsehen.“

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Der Pflegeplatz ist im Fall vorübergehender Abwesenheit vom Pflegeheim für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für den Pflegebedürftigen freizuhalten. Abweichend hiervon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte. In den Rahmenverträgen nach § 75 sind für die nach den Sätzen 5 und 6 bestimmten Abwesenheitszeiträume, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge von mindestens 25 vom Hundert der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b vorzusehen.“

51. unverändert

52. unverändert

53. § 87a wird wie folgt geändert:

a) **Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:**

aa) entfällt

bb) entfällt

„Der Pflegeplatz ist im Fall vorübergehender Abwesenheit vom Pflegeheim für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für den Pflegebedürftigen freizuhalten. Abweichend hiervon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte. In den Rahmenverträgen nach § 75 sind für die nach den Sätzen 5 und 6 bestimmten Abwesenheitszeiträume, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge von mindestens 25 vom Hundert der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b vorzusehen.“

Entwurf

- b) In Absatz 3 Satz 3 werden nach dem Wort „werden“ die Wörter „bei vollstationärer Pflege (§ 43)“ eingefügt.
- c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:
- „(4) Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 1 536 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde. Der Betrag wird entsprechend § 30 angepasst.“

Beschlüsse des 14. Ausschusses

- b) unverändert
- c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:
- „(4) Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 1 536 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde. Der Betrag wird entsprechend § 30 angepasst. **Der von der Pflegekasse gezahlte Betrag ist von der Pflegeeinrichtung zurückzuzahlen, wenn der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten in eine höhere Pflegestufe oder von nicht erheblicher zu erheblicher Pflegebedürftigkeit eingestuft wird.**“

53a. Nach § 87a wird folgender § 87b eingefügt:

„§ 87b

Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

(1) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben abweichend von § 84 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung der §§ 45a, 85 und 87a für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung. Die Vereinbarung der Vergütungszuschläge setzt voraus, dass

1. die Heimbewohner über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinaus zusätzlich betreut und aktiviert werden,
2. das Pflegeheim für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Heimbewohner über zusätzliches sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
3. die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung der fünfundzwanzigste Teil der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
4. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner nicht erbracht wird.

Eine Vereinbarung darf darüber hinaus nur mit Pflegeheimen getroffen werden, die Pflegebedürftige

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

und ihre Angehörigen im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des Heimvertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot, für das ein Vergütungszuschlag nach Absatz 1 gezahlt wird, besteht. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Abs. 3 ist entsprechend zu ergänzen.

(2) Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung für Heimbewohner im Sinne von Absatz 1 abgegolten. Die Heimbewohner und die Träger der Sozialhilfe dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden. Mit der Zahlung des Vergütungszuschlags von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung hat der Pflegebedürftige Anspruch auf Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber der Pflegeeinrichtung.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte auf der Grundlage des § 45c Abs. 3 bis zum 31. August 2008 Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in der vollstationären Versorgung der Pflegebedürftigen zu beschließen; er hat hierzu die Bundesvereinigungen der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten. Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die Pflegeheime erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit wirksam; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.“

54. § 89 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung sind die Träger des Pflegedienstes sowie

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger,
2. die Träger der Sozialhilfe, die für die durch den Pflegedienst versorgten Pflegebedürftigen zuständig sind, sowie
3. die Arbeitsgemeinschaften der unter Nummer 1 und 2 genannten Träger,

soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Vergütungsverhandlungen jeweils mehr als fünf vom Hundert der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen. Die Vergütungsvereinbarung ist für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen und gilt für den nach § 72 Abs. 3 Satz 3 vereinbarten Einzugsbereich, soweit nicht ausdrücklich etwas Abweichendes vereinbart wird.“

54. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

- b) In Absatz 3 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

„Die Vergütungen haben zu berücksichtigen, dass Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können; die sich aus einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse kommen den Pflegebedürftigen zugute. Darüber hinaus sind auch Vergütungen für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren.“

55. § 92a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Die Nummern 1 und 2 werden aufgehoben.
 - bb) Die bisherigen Nummern 3 bis 5 werden die Nummern 1 bis 3.
- b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „, den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen“ gestrichen.
- c) In Absatz 4 Satz 2 zweiter Halbsatz werden die Wörter „(§ 79 Abs. 1, § 112 Abs. 3) sowie auf Verlangen den unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen nach § 113“ gestrichen.
- d) Absatz 8 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 1 wird aufgehoben.
 - bb) In dem bisherigen Satz 2 wird die Angabe „frühestens zum 1. Januar 2006“ gestrichen.

56. Die Überschrift des Fünften Abschnitts des Achten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Fünfter Abschnitt
Integrierte Versorgung und Pflegestützpunkte“.

57. Nach § 92b wird folgender § 92c eingefügt:

„§ 92c
Pflegestützpunkte

(1) Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten *haben die Pflege- und Krankenkassen im Land gemeinsam Verträge über die wettbewerbsneutrale*

- 54a. § 92 wird wie folgt gefasst:

„§ 92
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.“

55. unverändert

56. unverändert

57. Nach § 92b wird folgender § 92c eingefügt:

„§ 92c
Pflegestützpunkte

(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 er-**

Entwurf

1. 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. *Bereitstellung und Vernetzung* aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote

durch Pflegestützpunkte zu schließen. Kommen die Verträge bis zum 31. Oktober 2008 nicht zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines Monats den Inhalt der Verträge zu bestimmen. Hierbei haben sie auch die Interessen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen wahrzunehmen; bei der Beschlussfassung ist § 81 Abs. 1 Satz 2 hinsichtlich der Mehrheitsverhältnisse entsprechend anzuwenden. Die Rechte und Pflichten der Aufsichtsbehörden der Länder und des Bundes bleiben hiervon unberührt. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörden der Länder und des Bundes gegen die Pflege- und Krankenkassen sowie ihre Landesverbände und die Verbände der Ersatzkassen haben keine aufschiebende Wirkung. Die Pflegekassen haben jederzeit darauf hinzuwirken, dass sich insbesondere die

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 *Sozialgesetzbuch*,
2. im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen,
3. im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung

an den *Verträgen nach Satz 1* beteiligen. Träger der Pflegestützpunkte sind die beteiligten Kosten- und Leistungsträger. Die Träger

Beschlüsse des 14. Ausschusses

forderlichen 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 Abs. 1 Satz 2 entsprechend anzuwenden. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörden zur Einrichtung von Pflegestützpunkten haben keine aufschiebende Wirkung.

(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. unverändert
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

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. unverändert
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

Entwurf

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.

Die Vertragsparteien können die Verträge über die Pflegestützpunkte als Verträge zur wohnortnahen integrierten Versorgung ausgestalten; insoweit ist § 92b mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, dass die Pflege- und Krankenkassen gemeinsam und einheitlich handeln.

(2) Die Pflege- und Krankenkassen haben dafür zu sorgen, dass in jedem Land ein flächendeckendes Angebot an Pflegestützpunkten entsteht. Dabei soll in der Regel für 20 000 Einwohner ein Pflegestützpunkt errichtet werden, wenn entsprechend den örtlichen Gegebenheiten keine andere Einwohnerzahl angemessen ist. In enger Kooperation mit den Ländern sind vorhandene Strukturen unter Berücksichtigung der Besonderheiten im jeweiligen Land so weit wie möglich zu erhalten und zu nutzen. Der Pflegestützpunkt kann bei einer im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtung errichtet werden, wenn dies nicht zu einer unzulässigen Beeinträchtigung des Wettbewerbs zwischen den Pflegeeinrichtungen führt. Die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen werden von den an den Verträgen beteiligten Kostenträgergruppen der Pflegeversicherung, der Krankenversicherung und der landesrechtlichen Stellen unter Berücksichtigung der anrechnungsfähigen Aufwendungen für das eingesetzte Personal entsprechend ihrer 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 Pflegepflichtversicherung durchführen, nicht an der Finanzierung der Pflegestützpunkte beteiligen, haben sie mit den Vertragsparteien der Pflegestützpunkte über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme der Pflegestützpunkte durch privat Pflege-Pflichtversicherte so-

Beschlüsse des 14. Ausschusses

1. unverändert
2. unverändert
3. unverändert
4. unverändert
5. unverändert

(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 unzulässigen 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 Pflegepflichtversicherung 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.

Entwurf

wie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen Vereinbarungen zu treffen; dies gilt für private Versicherungsunternehmen, die die private Krankenversicherung durchführen, entsprechend.

(3) Der Aufbau der in der gemeinsamen Trägerschaft von Pflege- und Krankenkassen sowie den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen stehenden Pflegestützpunkte ist im Rahmen der verfügbaren Mittel bis zum 30. Juni 2011 entsprechend dem jeweiligen Bedarf mit einem Zuschuss bis zu 45 000 Euro je Pflegestützpunkt zu fördern; der Bedarf umfasst auch die Anlaufkosten des Pflegestützpunktes. Die Förderung ist dem Bedarf entsprechend um bis zu 5 000 Euro zu erhöhen, wenn Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen nachhaltig in die Tätigkeit des Stützpunktes einbezogen werden. Der Bedarf, die Höhe des beantragten Zuschusses, der Auszahlungsplan und der Zahlungsempfänger werden dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen von den in Satz 1 genannten Trägern des Pflegestützpunktes im Rahmen ihres Förderantrags mitgeteilt. Das Bundesversicherungsamt zahlt die Fördermittel nach Eingang der Prüfungsmitteilung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Erfüllung der Auszahlungsvoraussetzungen an den Zahlungsempfänger aus. Die Antragsteller haben dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen spätestens ein Jahr nach der letzten Auszahlung einen Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel vorzulegen.

(4) Das Bundesversicherungsamt entnimmt die Fördermittel aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bis zu einer Gesamthöhe von 80 Millionen Euro. *Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt.* Die Auszahlung der einzelnen Förderbeträge erfolgt entsprechend dem Zeitpunkt des Eingangs der Anträge beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Näheres über das Verfahren der Auszahlung und die Verwendung der Fördermittel regelt das Bundesversicherungsamt mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen durch Vereinbarung.

(5) Im Pflegestützpunkt tätige Personen sowie sonstige mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 befaste Stellen, insbesondere

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,
2. Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung,
3. Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77,
4. Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sowie

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(5) Der Aufbau der in der gemeinsamen Trägerschaft von Pflege- und Krankenkassen sowie den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen stehenden Pflegestützpunkte ist im Rahmen der verfügbaren Mittel bis zum 30. Juni 2011 entsprechend dem jeweiligen Bedarf mit einem Zuschuss bis zu 45 000 Euro je Pflegestützpunkt zu fördern; der Bedarf umfasst auch die Anlaufkosten des Pflegestützpunktes. Die Förderung ist dem Bedarf entsprechend um bis zu 5 000 Euro zu erhöhen, wenn Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen nachhaltig in die Tätigkeit des Stützpunktes einbezogen werden. Der Bedarf, die Höhe des beantragten Zuschusses, der Auszahlungsplan und der Zahlungsempfänger werden dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen von den in Satz 1 genannten Trägern des Pflegestützpunktes im Rahmen ihres Förderantrags mitgeteilt. Das Bundesversicherungsamt zahlt die Fördermittel nach Eingang der Prüfungsmitteilung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Erfüllung der Auszahlungsvoraussetzungen an den Zahlungsempfänger aus. Die Antragsteller haben dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen spätestens ein Jahr nach der letzten Auszahlung einen Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel vorzulegen.

(6) Das Bundesversicherungsamt entnimmt die Fördermittel aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bis zu einer Gesamthöhe von 60 Millionen Euro, **für das jeweilige Land jedoch höchstens bis zu der Höhe, die sich durch die Aufteilung nach dem Königsteiner Schlüssel ergibt.** Die Auszahlung der einzelnen Förderbeträge erfolgt entsprechend dem Zeitpunkt des Eingangs der Anträge beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Näheres über das Verfahren der Auszahlung und die Verwendung der Fördermittel regelt das Bundesversicherungsamt mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen durch Vereinbarung.

(7) Im Pflegestützpunkt tätige Personen sowie sonstige mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 befaste Stellen, insbesondere

1. unverändert
2. unverändert
3. unverändert
4. unverändert

Entwurf

5. Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende

dürfen Sozialdaten *für Zwecke der Pflegestützpunkte* nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.“

58. § 94 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 3 werden nach der Angabe „(§§ 4 und 28)“ die Wörter „sowie die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen“ eingefügt.
- b) In Nummer 6 wird die Angabe „(§§ 79, 80, 112 bis 115, 117 und 118)“ durch die Angabe „(§§ 79, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117)“ ersetzt.
- c) In Nummer 6a werden die Wörter „, Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (§ 80a)“ gestrichen.
- d) Nummer 8 wird wie folgt gefasst:

„8. die Koordinierung pflegerischer Hilfen (§ 12), die Pflegeberatung (§ 7a) sowie die Wahrnehmung der Aufgaben in den Pflegestützpunkten (§ 92c).“
- e) Nach Nummer 10 werden ein Komma und folgende Nummer 11 angefügt:

„11. die Unterstützung der Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen (§ 115 Abs. 3 Satz 7).“

59. § 95 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

Beschlüsse des 14. Ausschusses

5. unverändert

dürfen Sozialdaten nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.

(8) 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 9 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.

(9) 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.“

58. unverändert

59. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

- a) In Nummer 1 wird die Angabe „(§§ 79, 80, 112 bis 115, 117 und 118)“ durch die Angabe „(§§ 79, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117)“ ersetzt.
- b) In Nummer 2 werden die Wörter „Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (§ 80a)“ durch die Wörter „Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b)“ ersetzt.
- c) Nach Nummer 3 werden ein Komma und folgende Nummer 4 angefügt:
- „4. die Unterstützung der Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen (§ 115 Abs. 3 Satz 7).“
60. In § 97 Abs. 1 Satz 1 wird die Angabe „§§ 18, 40, 80, 112 bis 115, 117 und 118“ durch die Angabe „§§ 18, 40, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117“ ersetzt.
60. unverändert
61. § 97a Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte sonstige Sachverständige (§ 114 Abs. 1 Satz 1) sowie Sachverständige und Prüfinstitutionen im Sinne des § 114 Abs. 3 Satz 3 sind berechtigt, für Zwecke der Qualitätssicherung und -prüfung Daten nach den §§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117 zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen; sie dürfen die Daten an die Pflegekassen und deren Verbände sowie an die in den §§ 112, 114, 114a, 115 und 117 genannten Stellen übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung dieser Stellen erforderlich ist.“
61. § 97a Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte sonstige Sachverständige (§ 114 Abs. 1 Satz 1) sowie Sachverständige und Prüfinstitutionen im Sinne des § 114 Abs. 4 Satz 2 sind berechtigt, für Zwecke der Qualitätssicherung und -prüfung Daten nach den §§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117 zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen; sie dürfen die Daten an die Pflegekassen und deren Verbände sowie an die in den §§ 112, 114, 114a, 115 und 117 genannten Stellen übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung dieser Stellen erforderlich ist.“
62. In § 97b wird die Angabe „§§ 80, 112 bis 115, 117 und 118“ durch die Angabe „§§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117“ ersetzt.
62. unverändert
63. § 104 wird wie folgt geändert:
63. unverändert
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 2 wird die Angabe „(§§ 79, 80, 112 bis 115, 117 und 118)“ durch die Angabe „(§§ 79, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117)“ ersetzt.
- bb) In Nummer 2a werden die Wörter „, Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (§ 80a)“ gestrichen.
- b) In Absatz 2 wird die Angabe „§§ 112 bis 115, 117 und 118“ durch die Angabe „§§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117“ ersetzt.
64. § 106a wird wie folgt geändert:
64. unverändert
- a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Zugelassene Pflegeeinrichtungen, anerkannte Beratungsstellen sowie beauftragte Pflegefachkräfte, die Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 durchführen, sind mit Einverständnis des Versicherten berechtigt und verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen und der privaten Versicherungsunternehmen erforderlichen Angaben zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen zu übermitteln.“

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

- b) In Satz 2 werden die Angabe „§ 37 Abs. 3 Satz 5“ durch die Angabe „§ 37 Abs. 4 Satz 2“ ersetzt und nach dem Wort „Datenschutz“ die Wörter „und die Informationsfreiheit“ eingefügt.
65. In § 107 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 werden die Angabe „(§§ 80, 112 bis 115, 117 und 118)“ durch die Angabe „(§§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117)“ ersetzt sowie die Angabe „80a,“ gestrichen. 65. unverändert
66. In § 109 Abs. 3 Satz 1 wird jeweils die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt. 66. unverändert
67. § 110 wird wie folgt geändert: 67. unverändert
- a) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:
- „Die in Absatz 1 Nr. 1 und in Nr. 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches versichert sind. Für Personen, die im Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 12 Abs. 1c Satz 4 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. Für die Aufbringung der nach Satz 3 verminderten Beiträge gilt § 12 Abs. 1c Satz 5 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung entsprechend; dabei gilt Satz 6 mit der Maßgabe, dass der zuständige Träger den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach Satz 2 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches, gelten die Sätze 3 und 4 entsprechend; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.“
- b) In Absatz 3 werden nach den Wörtern „Krankenhausleistungen werden“ die Wörter „oder die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen,“ eingefügt.
- c) Absatz 4 Satz 2 wird aufgehoben.
- d) Folgender Absatz 5 wird angefügt:
- „(5) Die Versicherungsunternehmen haben den Versicherten Akteneinsicht zu gewähren. Sie haben die Berechtigten über das Recht auf Akteneinsicht zu informieren, wenn sie das Ergebnis einer Prüfung auf Pflegebedürftigkeit mitteilen. § 25 des Zehnten Buches gilt entsprechend.“
68. In § 111 Abs. 2 werden die Wörter „des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen“ durch die Wörter „der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht“ ersetzt. 68. unverändert

Entwurf

69. § 112 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird das Wort „Grundsätze“ durch das Wort „Qualitätsverantwortung“ ersetzt.
- b) In Absatz 1 Satz 2 werden die Angabe „nach § 80“ durch die Angabe „nach § 113“ und die Wörter „in den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a“ durch die Wörter „die vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale (§ 84 Abs. 5)“ ersetzt.

c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken. Bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88).“

d) Absatz 3 wird aufgehoben.

e) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 3.

70. § 113 wird wie folgt gefasst:

„§ 113

Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung
und Weiterentwicklung der Pflegequalität

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren bis zum 31. März 2009 gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände

Beschlüsse des 14. Ausschusses

69. § 112 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

b) unverändert

c) unverändert

d) unverändert

e) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 3 **und wie folgt gefasst:**

„(3) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung berät die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken.“

70. § 113 wird wie folgt gefasst:

„§ 113

Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung
und Weiterentwicklung der Pflegequalität

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren bis zum 31. März 2009 gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände

Entwurf

sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. In den Vereinbarungen nach Satz 1 sind insbesondere auch Anforderungen zu regeln

1. an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen,
2. an Sachverständige und Prüfinstitutionen nach § 114 Abs. 3 Satz 2 und 3 im Hinblick auf ihre Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation sowie
3. an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach § 114 Abs. 3 Satz 2 und 3, die den jeweils geltenden Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität entsprechen müssen.

(2) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 können von jeder Partei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums oder der Kündigungsfrist gilt die Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter.

(3) Kommen Vereinbarungen nach Absatz 1 bis zum 31. März 2009 ganz oder teilweise nicht zustande, kann jede Vertragspartei oder das Bundesministerium für Gesundheit die Schiedsstelle nach § 113b anrufen. Die Schiedsstelle setzt mit der Mehrheit ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarungen fest. *Gegen die Festsetzung ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage gegen die Festsetzung der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung.*“

71. Nach § 113 werden folgende §§ 113a und 113b eingefügt:

„§ 113a
Expertenstandards zur Sicherung
und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

(1) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sicher. Expertenstandards tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene sowie unabhängige Sachverständige sind zu beteiligen. Sie können vorschlagen, zu welchen Themen Expertenstandards entwickelt werden sollen. Der Auftrag zur Entwicklung oder Aktualisierung und die Einführung von Expertenstandards erfolgen jeweils

Beschlüsse des 14. Ausschusses

sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. In den Vereinbarungen nach Satz 1 sind insbesondere auch Anforderungen zu regeln

1. unverändert
2. an Sachverständige und Prüfinstitutionen nach § 114 Abs. 4 im Hinblick auf ihre Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation sowie
3. an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach § 114 Abs. 4, die den jeweils geltenden Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität entsprechen müssen.

(2) unverändert

(3) Kommen Vereinbarungen nach Absatz 1 bis zum 31. März 2009 ganz oder teilweise nicht zustande, kann jede Vertragspartei oder das Bundesministerium für Gesundheit die Schiedsstelle nach § 113b anrufen. Die Schiedsstelle setzt mit der Mehrheit ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarungen fest.“

71. Nach § 113 werden folgende §§ 113a und 113b eingefügt:

„§ 113a
unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

durch einen Beschluss der Vertragsparteien. Kommen solche Beschlüsse nicht zustande, kann jede Vertragspartei sowie das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Schiedsstelle nach § 113b anrufen. Ein Beschluss der Schiedsstelle, dass ein Expertenstandard gemäß der Verfahrensordnung nach Absatz 2 zustande gekommen ist, ersetzt den Einführungsbeschluss der Vertragsparteien.

(2) Die Vertragsparteien stellen die methodische und pflegfachliche Qualität des Verfahrens der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards und die Transparenz des Verfahrens sicher. Die Anforderungen an die Entwicklung von Expertenstandards sind in einer Verfahrensordnung zu regeln. In der Verfahrensordnung ist das Vorgehen auf anerkannter methodischer Grundlage, insbesondere die wissenschaftliche Fundierung und Unabhängigkeit, die Schrittfolge der Entwicklung, der fachlichen Abstimmung, der Praxiserprobung und der modellhaften Umsetzung eines Expertenstandards sowie die Transparenz des Verfahrens festzulegen. Die Verfahrensordnung ist durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Kommt eine Einigung über eine Verfahrensordnung bis zum 30. September 2008 nicht zustande, wird sie durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend festgelegt.

(3) Die Expertenstandards sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. Die Vertragsparteien unterstützen die Einführung der Expertenstandards in die Praxis.

(4) Die Kosten für die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards sind Verwaltungskosten, die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen getragen werden. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von zehn vom Hundert an den Aufwendungen nach Satz 1. Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen geleistet werden.

§ 113b

Schiedsstelle Qualitätssicherung

(1) Die Vertragsparteien nach § 113 richten gemeinsam bis zum 31. August 2008 eine Schiedsstelle Qualitätssicherung ein. Diese entscheidet in den ihr nach diesem Gesetz zugewiesenen Fällen. Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage gegen die Entscheidung der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung.

(2) Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Vereini-

§ 113b

Schiedsstelle Qualitätssicherung

(1) Die Vertragsparteien nach § 113 richten gemeinsam bis zum **30. September** 2008 eine Schiedsstelle Qualitätssicherung ein. Diese entscheidet in den ihr nach diesem Gesetz zugewiesenen Fällen. Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage gegen die Entscheidung der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung.

(2) Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Vereini-

Entwurf

gungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragsparteien gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden die unparteiischen Mitglieder und ihre Vertreter durch den Präsidenten des Bundessozialgerichts berufen. Der Schiedsstelle gehört auch ein Vertreter der Arbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände an; sie werden auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen angerechnet. Der Schiedsstelle kann auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. angehören, dieser wird auch auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen angerechnet. Ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe kann der Schiedsstelle unter Anrechnung auf die Zahl der Vertreter der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen angehören. *Entscheidungen sind mit der Mehrheit ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten zu treffen. Näheres zur Einrichtung und Arbeitsweise der Schiedsstelle regeln die Vertragsparteien in einer Geschäftsordnung bis zum 31. August 2008. § 76 Abs. 3 gilt entsprechend.*

(3) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit. Es kann die Rechtsaufsicht ganz oder teilweise sowie dauerhaft oder vorübergehend auf das Bundesversicherungsamt übertragen.“

72. § 114 wird wie folgt gefasst:

„§ 114
Qualitätsprüfungen

(1) Zur Durchführung einer Qualitätsprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den von ihnen bestellten Sachverständigen einen Prüfauftrag. Der Prüfauftrag enthält Angaben zur Prüffart, zum Prüfgegenstand und zum Prüfungsumfang. Die Prüfung erfolgt als Regelprüfung, *Stichprobenprüfung*, Anlassprüfung, *Vergleichsprüfung* oder Wiederholungsprüfung. Die Pflegeeinrichtungen haben die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfungen zu ermöglichen.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

gungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragsparteien gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden die unparteiischen Mitglieder und ihre Vertreter **bis zum 31. Oktober 2008** durch den Präsidenten des Bundessozialgerichts berufen. Der Schiedsstelle gehört auch ein Vertreter der Arbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände an; sie werden auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen angerechnet. Der Schiedsstelle kann auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. angehören, dieser wird auch auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen angerechnet. Ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe kann der Schiedsstelle unter Anrechnung auf die Zahl der Vertreter der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen angehören. **Soweit die beteiligten Organisationen bis zum 30. September 2008 keine Mitglieder bestellen, wird die Schiedsstelle durch die drei vom Präsidenten des Bundessozialgerichts berufenen unparteiischen Mitglieder gebildet.**

(3) Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren in einer Geschäftsordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle sowie die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren und die Verteilung der Kosten. Kommt die Geschäftsordnung bis zum 30. September 2008 nicht zustande, wird ihr Inhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt. Entscheidungen der Schiedsstelle sind mit der Mehrheit ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten zu treffen; im Übrigen gilt § 76 Abs. 3 entsprechend.

(4) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit. Es kann die Rechtsaufsicht ganz oder teilweise sowie dauerhaft oder vorübergehend auf das Bundesversicherungsamt übertragen.“

72. § 114 wird wie folgt gefasst:

„§ 114
Qualitätsprüfungen

(1) Zur Durchführung einer Qualitätsprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den von ihnen bestellten Sachverständigen einen Prüfauftrag. Der Prüfauftrag enthält Angaben zur Prüffart, zum Prüfgegenstand und zum Prüfungsumfang. Die Prüfung erfolgt als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung. Die Pflegeeinrichtungen haben die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfungen zu ermöglichen.

Entwurf

(2) Die Landesverbände der Pflegekassen *stellen sicher, dass* in zugelassenen Pflegeeinrichtungen regelmäßig im Abstand von höchstens *drei Jahren geprüft wird*, ob die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und nach den auf dieser Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind (*Regelprüfung*). *Zu diesem Zweck veranlassen sie eine umfassende Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit sich aus Absatz 3 nichts anderes ergibt.* Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der sozialen Betreuung, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87), der Zusatzleistungen (§ 88) und der nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Sie kann sich auch auf die Abrechnung der genannten Leistungen erstrecken. Zu prüfen ist auch, ob die Versorgung der Pflegebedürftigen den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes entspricht. *Die Regelprüfung umfasst die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität), den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) sowie, soweit erforderlich, die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität). Anlass-, Stichproben- und Vergleichsprüfungen gelten als Regelprüfungen, wenn der Prüfumfang den Maßgaben für eine Regelprüfung entspricht.*

(3) Die Landesverbände der Pflegekassen haben *den Zeitraum bis zur nächsten Regelprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch von ihnen bestellte Sachverständige angemessen zu verlängern oder* den Prüfumfang in angemessener Weise zu verringern, soweit ihnen aufgrund einer Prüfung der zuständigen Heimaufsichtsbehörde oder aus einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren Erkenntnisse darüber vorliegen, dass die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. *Das Gleiche gilt, wenn die Erkenntnisse der Landesverbände der Pflegekassen auf einer Prüfung beruhen, die von der Pflegeeinrichtung oder dem Einrichtungsträger veranlasst wurde. Voraussetzung hierfür ist, dass die Prüfung nach einem durch die Landesverbände der Pflegekassen anerkannten Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen entsprechend den von den Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 und 3 festgelegten Anforderungen durchgeführt wurde, die Prüfung nicht länger als drei Jahre zurückliegt und die Prüfungsergebnisse gemäß § 115 Abs. 1a veröffentlicht werden.*

(4) Die Landesverbände der Pflegekassen *stellen sicher, dass jährlich in mindestens 20 vom Hundert der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die von unabhängigen Sachverständigen oder Prüfinstitutionen nach Absatz 3 geprüft wurden, eine unangemeldete Stichprobenprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durchgeführt wird.*

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(2) Die Landesverbände der Pflegekassen **veranlassen** in zugelassenen Pflegeeinrichtungen **bis zum 31. Dezember 2010 mindestens einmal und ab dem Jahre 2011** regelmäßig im Abstand von höchstens **einem Jahr eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch von ihnen bestellte Sachverständige (Regelprüfung)**. **Zu prüfen ist**, ob die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und nach den auf dieser Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. **Die Regelprüfung erfasst insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). Sie kann auch auf den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität) erstreckt werden.** Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der sozialen Betreuung **einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 87b**, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87), der Zusatzleistungen (§ 88) und der nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Sie kann sich auch auf die Abrechnung der genannten Leistungen erstrecken. Zu prüfen ist auch, ob die Versorgung der Pflegebedürftigen den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes entspricht.

(3) Die Landesverbände der Pflegekassen haben den Prüfumfang **der Regelprüfung** in angemessener Weise zu verringern, soweit ihnen aufgrund einer Prüfung der zuständigen Heimaufsichtsbehörde oder aus einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren Erkenntnisse darüber vorliegen, dass die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind.

(4) **Liegen den Landesverbänden der Pflegekassen Ergebnisse zur Prozess- und Strukturqualität aus einer Prüfung vor, die von der Pflegeeinrichtung oder dem Einrichtungsträger veranlasst wurde, so haben sie den Umfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern. Voraussetzung ist, dass die vorgelegten Prüfergebnisse nach einem durch die Lan-**

Entwurf

(5) Bei Anlassprüfungen geht der Prüfauftrag in der Regel über den jeweiligen Prüfanlass hinaus und umfasst eine vollständige Prüfung der Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung kann innerhalb eines Landes Vergleichsprüfungen zur Beurteilung des Standes der einrichtungsinternen Qualitätssicherung sowie einzelner Leistungsangebote durchführen. Zugelassene Pflegeeinrichtungen dürfen innerhalb von zwei Jahren nach einer Regelprüfung nicht in eine Vergleichsprüfung einbezogen werden. Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel-, Anlass-, Stichproben- oder Vergleichsprüfung kann eine Wiederholungsprüfung von den Landesverbänden der Pflegekassen veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Abs. 2 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind.“

73. Nach § 114 wird folgender § 114a eingefügt:

„§ 114a
Durchführung der Qualitätsprüfungen

(1) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen sind im Rahmen ihres Prüfungsauftrags nach § 114 jeweils berechtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch erfüllen. *Anlass-, Stichproben- und Wiederholungsprüfungen* sind unangemeldet durchzuführen, *Regel- und Vergleichsprüfungen können auch angemeldet durchgeführt werden*. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen *sollen* im Rahmen der Qualitätsprüfungen die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung *beraten*. § 112 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Sowohl bei teil- als auch bei vollstationärer Pflege sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen jeweils berechtigt, zum Zwecke der Qualitätssicherung die für das Pflegeheim benutzten Grundstücke und Räume jederzeit zu betreten, dort Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen, sich mit den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen, vertretungsberechtigten Personen und Betreuern in Verbindung zu setzen sowie die Beschäftigten und die Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner zu befragen. Prüfungen und Besichtigungen zur Nachtzeit

Beschlüsse des 14. Ausschusses

desverbände der Pflegekassen anerkannten Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen entsprechend den von den Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 und 3 festgelegten Anforderungen durchgeführt wurde, die Prüfung nicht länger als ein Jahr zurückliegt und die Prüfungsergebnisse gemäß § 115 Abs. 1a veröffentlicht werden. Eine Prüfung der Ergebnisqualität durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ist stets durchzuführen.

(5) Bei Anlassprüfungen geht der Prüfauftrag in der Regel über den jeweiligen Prüfanlass hinaus; er umfasst eine vollständige Prüfung **mit dem Schwerpunkt der Ergebnisqualität**. Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung kann **von den Landesverbänden der Pflegekassen auf Kosten der Pflegeeinrichtung** eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Abs. 2 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind. **Auf Antrag und auf Kosten der Pflegeeinrichtung ist eine Wiederholungsprüfung von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veranlassen, wenn wesentliche Aspekte der Pflegequalität betroffen sind und ohne zeitnahe Nachprüfung der Pflegeeinrichtung unzumutbare Nachteile drohen.**“

73. Nach § 114 wird folgender § 114a eingefügt:

„§ 114a
Durchführung der Qualitätsprüfungen

(1) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen sind im Rahmen ihres Prüfungsauftrags nach § 114 jeweils berechtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch erfüllen. **Prüfungen sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen**. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen **beraten** im Rahmen der Qualitätsprüfungen die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung. § 112 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

sind nur zulässig, wenn und soweit das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Tageszeiten nicht erreicht werden kann. Soweit Räume einem Wohnrecht der Heimbewohner unterliegen, dürfen sie ohne deren Einwilligung nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung drohender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll die zuständige Heimaufsichtsbehörde an Prüfungen beteiligen, soweit dadurch die Prüfung nicht verzögert wird. Bei der ambulanten Pflege sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Einwilligung des Pflegebedürftigen auch in dessen Wohnung zu überprüfen. Soweit ein Pflegebedürftiger die Einwilligung nach den Sätzen 3 und 5 nicht selbst erteilen kann, darf diese nur durch eine vertretungsberechtigte Person oder einen bestellten Betreuer erteilt werden.

(3) Die Prüfungen beinhalten auch Inaugenscheinnahmen des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von Pflegebedürftigen. Sowohl Pflegebedürftige als auch Beschäftigte der Pflegeeinrichtungen, Betreuer und Angehörige sowie Mitglieder der heimrechtlichen Interessenvertretungen der Bewohnerinnen und Bewohner können dazu befragt werden. Die Teilnahme an Inaugenscheinnahmen und Befragungen ist freiwillig; durch die Ablehnung dürfen keine Nachteile entstehen. Inaugenscheinnahmen von Pflegebedürftigen, Befragungen von Personen nach Satz 2 sowie die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von Pflegebedürftigen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts bedürfen der Einwilligung der betroffenen Pflegebedürftigen.

(4) Auf Verlangen sind Vertreter der betroffenen Pflegekassen oder ihrer Verbände, des zuständigen Sozialhilfeträgers sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. an den Prüfungen nach den Absätzen 1 bis 3 zu beteiligen. Der Träger der Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass eine Vereinigung, deren Mitglied er ist (Trägervereinigung), an der Prüfung nach den Absätzen 1 bis 3 beteiligt wird. Ausgenommen ist eine Beteiligung nach Satz 1 oder nach Satz 2, soweit dadurch die Durchführung einer Prüfung voraussichtlich verzögert wird. Unabhängig von ihren eigenen Prüfungsbefugnissen nach den Absätzen 1 bis 3 sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen jeweils befugt, sich an Überprüfungen von zugelassenen Pflegeheimen zu beteiligen, soweit sie von der zuständigen Heimaufsichtsbehörde nach Maßgabe heimrechtlicher Vorschriften durchgeführt werden. Sie haben in diesem Fall ihre Mitwirkung an der Überprüfung des Heimes auf den Bereich der Qualitätssicherung nach diesem Buch zu beschränken.

(5) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, betei-

(3) unverändert

(4) unverändert

(5) unverändert

Entwurf

ligen sich mit zehn vom Hundert an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, sofern diese ohne Beteiligung von Vertretern des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. durchgeführt wurden. Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, ist vom Verband der privaten Krankenversicherung e. V. jährlich unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) zu überweisen. Das Bundesversicherungsamt stellt die Höhe der durchschnittlichen Kosten von Prüfungen im Wege einer Schätzung in Abstimmung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. fest und teilt diesem jährlich die Anzahl der durchgeführten Prüfungen und den sich aus der Multiplikation der Durchschnittskosten mit der Anzahl der Prüfungen ergebenden Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen mit.

(6) Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung berichten dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum 30. Juni 2011, danach in Abständen von drei Jahren, über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach diesem Buch, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung. Sie stellen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten sicher. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen führt die Berichte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und seine eigenen Erkenntnisse und Erfahrungen zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu einem Bericht zusammen und legt diesen innerhalb eines halben Jahres dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den zuständigen Länderministerien vor.

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114. Er hat die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime, die Verbände der privaten ambulanten Dienste, die Bundesverbände der Pflegeberufe, die Kasenärztliche Bundesvereinigung, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen 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.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(6) unverändert

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114. Er hat die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime, die Verbände der privaten ambulanten Dienste, die Bundesverbände der Pflegeberufe, die Kasenärztliche Bundesvereinigung, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen 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.

Entwurf

Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.“

74. § 115 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Das Gleiche gilt für die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, die durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen gemäß § 114 Abs. 3 durchgeführt werden und eine Regelprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung *ganz oder* teilweise ersetzen.“

bb) In Satz 4 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„dies gilt nicht für die zur Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen nach Absatz 1a erforderlichen Daten und Informationen.“

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Hierbei sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie gleichwertige Prüfergebnisse nach § 114 Abs. 3 zugrunde zu legen; sie können durch in anderen Prüfverfahren gewonnene Informationen, die die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, darstellen, ergänzt werden. Personenbezogene und personenbeziehbare Daten sind zu anonymisieren. Die Kriterien der Veröffentlichung sind durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände bis zum 30. September 2008 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu vereinbaren. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, unabhängige Verbraucherorganisationen auf Bundesebene sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind frühzeitig zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegen-

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Die Richtlinien **sind regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Sie** bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.“

74. § 115 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Das Gleiche gilt für die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, die durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen gemäß § 114 Abs. 4 durchgeführt werden und eine Regelprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung teilweise ersetzen.“

bb) **unverändert**

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Hierbei sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie gleichwertige Prüfergebnisse nach § 114 Abs. 3 **und 4** zugrunde zu legen; sie können durch in anderen Prüfverfahren gewonnene Informationen, die die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, darstellen, ergänzt werden. Personenbezogene und personenbeziehbare Daten sind zu anonymisieren. **Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind zeitnah zu berücksichtigen. Das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind an gut sichtbarer Stelle in jeder Pflegeeinrichtung auszuhängen.** Die Kriterien der Veröffentlichung **einschließlich der Bewertungssystematik** sind durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände bis zum 30. September 2008 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu vereinbaren. Die maßgeblichen Organisationen für die

Entwurf

heit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Kommt eine Festlegung über die Kriterien der Veröffentlichung bis zum 30. September 2008 nicht zustande, werden sie auf Antrag eines Vereinbarungspartners oder des Bundesministeriums für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2008 durch die Schiedsstelle nach § 113b festgesetzt.“

- c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „oder aus der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (§ 80a)“ gestrichen.

75. § 116 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird aufgehoben.
b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 1 und wie folgt gefasst:

„(1) Die Prüfkosten bei Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 sind als Aufwand in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung nach dem Achten Kapitel zu berücksichtigen; sie können auch auf mehrere Vergütungszeiträume verteilt werden.“

- c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 2.
d) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 3 und wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden die Nummer 1 aufgehoben und die Angabe „2.“ gestrichen.
bb) In Satz 2 zweiter Halbsatz werden die Wörter „der mit der Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen beauftragten unabhängigen Sachverständigen oder Prüfstellen (§ 113) und“ gestrichen.

76. § 117 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden die Wörter „dem Heimgesetz“ durch die Wörter „den heimrechtlichen Vorschriften“ ersetzt.
bb) In Satz 3 wird die Angabe „§ 20 Abs. 5 des Heimgesetzes“ durch die Wörter „den heimrechtlichen Vorschriften“ ersetzt.
b) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „dem Heimgesetz“ durch die Wörter „den heimrechtlichen Vorschriften“ ersetzt.

77. § 118 wird aufgehoben.

78. § 120 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, unabhängige Verbraucherorganisationen auf Bundesebene sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind frühzeitig 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. Kommt eine Festlegung über die Kriterien der Veröffentlichung **einschließlich der Bewertungssystematik** bis zum 30. September 2008 nicht zustande, werden sie auf Antrag eines Vereinbarungspartners oder des Bundesministeriums für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2008 durch die Schiedsstelle nach § 113b festgesetzt.“

- c) unverändert

75. unverändert

76. unverändert

77. unverändert

78. unverändert

Entwurf

„Der Pflegedienst hat nach Aufforderung der zuständigen Pflegekasse unverzüglich eine Ausfertigung des Pflegevertrages auszuhändigen.“

79. § 122 wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.
- b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben die nach § 45b Abs. 1 Satz 3 in der ab dem 1. Juli 2008 geltenden Fassung vorgesehenen Richtlinien unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene zu beschließen und dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Mai 2008 zur Genehmigung vorzulegen. § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.“

Artikel 2**Weitere Änderung des Elften Buches
Sozialgesetzbuch**

§ 110 Abs. 2 Satz 2 bis 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind. Für Personen, die im Basistarif nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 12 Abs. 1c Satz 4 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. Für die Aufbringung der nach Satz 3 verminderten Beiträge gilt § 12 Abs. 1c Satz 5 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entsprechend; dabei gilt Satz 6 mit der Maßgabe, dass der zuständige Träger den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist.“

Artikel 3**Gesetz über die Pflegezeit
(Pflegezeitgesetz – PflegeZG)**

§ 1

Ziel des Gesetzes

Ziel des Gesetzes ist, Beschäftigten die Möglichkeit zu eröffnen, pflegebedürftige nahe Angehörige in häuslicher

Beschlüsse des 14. Ausschusses

79. § 122 wird wie folgt geändert:

- a) unverändert
- b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben die nach § 45b Abs. 1 Satz 4 in der ab dem 1. Juli 2008 geltenden Fassung vorgesehenen Richtlinien unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene zu beschließen und dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Mai 2008 zur Genehmigung vorzulegen. § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.“

Artikel 2

unverändert

Artikel 3**Gesetz über die Pflegezeit
(Pflegezeitgesetz – PflegeZG)**

§ 1

unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Umgebung zu pflegen und damit die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege zu verbessern.

§ 2

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

(1) Beschäftigte haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen.

(2) Beschäftigte sind verpflichtet, dem Arbeitgeber ihre Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dem Arbeitgeber ist auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der in Absatz 1 genannten Maßnahmen vorzulegen.

(3) Der Arbeitgeber ist zur Fortzahlung der Vergütung nur verpflichtet, soweit sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder aufgrund einer Vereinbarung ergibt.

§ 3

Pflegezeit

(1) Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Der Anspruch nach Satz 1 besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel 15 oder weniger Beschäftigten.

(2) Die Beschäftigten haben die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachzuweisen. Bei in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen ist ein entsprechender Nachweis zu erbringen.

(3) Wer Pflegezeit beanspruchen will, muss dies dem Arbeitgeber spätestens zehn Arbeitstage vor Beginn schriftlich ankündigen und gleichzeitig erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen werden soll. Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben.

(4) Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, haben Arbeitgeber und Beschäftigte über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche *Belange* entgegenstehen.

§ 4

Dauer der Pflegezeit

(1) Die Pflegezeit nach § 3 beträgt für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen längstens sechs Monate (Höchstdauer). Für einen kürzeren Zeitraum in Anspruch genommene Pflegezeit kann bis zur Höchstdauer verlängert werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt. Eine Verlängerung bis zur Höchstdauer kann verlangt werden, wenn ein vorgehener Wechsel in der Person des Pflegenden aus einem

§ 2

unverändert

§ 3

Pflegezeit

(1) unverändert

(2) unverändert

(3) unverändert

(4) Wenn nur teilweise Freistellung in Anspruch genommen wird, haben Arbeitgeber und Beschäftigte über die Verringerung und die Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche **Gründe** entgegenstehen.

§ 4

unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

wichtigen Grund nicht erfolgen kann. Die Pflegezeit wird auf Berufsbildungszeiten nicht angerechnet.

(2) Ist der nahe Angehörige nicht mehr pflegebedürftig oder die häusliche Pflege des nahen Angehörigen unmöglich oder unzumutbar, endet die Pflegezeit vier Wochen nach Eintritt der veränderten Umstände. Der Arbeitgeber ist über die veränderten Umstände unverzüglich zu unterrichten. Im Übrigen kann die Pflegezeit nur vorzeitig beendet werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt.

§ 5

Kündigungsschutz

(1) Der Arbeitgeber darf das Beschäftigungsverhältnis von der Ankündigung bis zur Beendigung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 oder der Pflegezeit nach § 3 nicht kündigen.

(2) In besonderen Fällen kann eine Kündigung von der für den Arbeitsschutz zuständigen obersten Landesbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle ausnahmsweise für zulässig erklärt werden. Die Bundesregierung kann hierzu mit Zustimmung des Bundesrates allgemeine Verwaltungsvorschriften erlassen.

§ 6

Befristete Verträge

(1) Wenn zur Vertretung einer Beschäftigten oder eines Beschäftigten für die Dauer der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 oder der Pflegezeit nach § 3 eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer eingestellt wird, liegt hierin ein sachlicher Grund für die Befristung des Arbeitsverhältnisses. Über die Dauer der Vertretung nach Satz 1 hinaus ist die Befristung für notwendige Zeiten einer Einarbeitung zulässig.

(2) Die Dauer der Befristung des Arbeitsvertrages muss kalendermäßig bestimmt oder bestimmbar sein oder den in Absatz 1 genannten Zwecken zu entnehmen sein.

(3) Der Arbeitgeber kann den befristeten Arbeitsvertrag unter Einhaltung einer Frist von zwei Wochen kündigen, wenn die Pflegezeit nach § 4 Abs. 2 Satz 1 vorzeitig endet. Das Kündigungsschutzgesetz ist in diesen Fällen nicht anzuwenden. Satz 1 gilt nicht, soweit seine Anwendung vertraglich ausgeschlossen ist.

(4) Wird im Rahmen arbeitsrechtlicher Gesetze oder Verordnungen auf die Zahl der beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer abgestellt, sind bei der Ermittlung dieser Zahl Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die nach § 2 kurzzeitig an der Arbeitsleistung verhindert oder nach § 3 freigestellt sind, nicht mitzuzählen, solange für sie aufgrund von Absatz 1 eine Vertreterin oder ein Vertreter eingestellt ist. Dies gilt nicht, wenn die Vertreterin oder der Vertreter nicht mitzuzählen ist. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn im Rahmen arbeitsrechtlicher Gesetze oder Verordnungen auf die Zahl der Arbeitsplätze abgestellt wird.

§ 7

Begriffsbestimmungen

(1) Beschäftigte im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer,

§ 5

unverändert

§ 6

unverändert

§ 7

unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

2. die zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten,
3. Personen, die wegen ihrer wirtschaftlichen Unselbständigkeit als arbeitnehmerähnliche Personen anzusehen sind; zu diesen gehören auch die in Heimarbeit Beschäftigten und die ihnen Gleichgestellten.

(2) Arbeitgeber im Sinne dieses Gesetzes sind natürliche und juristische Personen sowie rechtsfähige Personengesellschaften, die Personen nach Absatz 1 beschäftigen. Für die arbeitnehmerähnlichen Personen, insbesondere für die in Heimarbeit Beschäftigten und die ihnen Gleichgestellten, tritt an die Stelle des Arbeitgebers der Auftraggeber oder Zwischenmeister.

(3) Nahe Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Großeltern, Eltern, Schwiegereltern,
2. Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwister,
3. Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

(4) Pflegebedürftig im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die die Voraussetzungen nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen. Pflegebedürftig im Sinne von § 2 sind auch Personen, die die Voraussetzungen nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch voraussichtlich erfüllen.

§ 8

Unabdingbarkeit

Von den Vorschriften dieses Gesetzes kann nicht zuungunsten der Beschäftigten abgewichen werden.

Artikel 4**Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch**

Das Dritte Buch Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. § 26 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Absatz 2a wird folgender Absatz 2b eingefügt:

„(2b) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie eine Pflegezeit nach § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen und eine pflegebedürftige Person pflegen, wenn sie unmittelbar vor der Pflegezeit versicherungspflichtig waren oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungsverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen hat.“
 - b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 5 werden nach der Angabe „Absatz 2a“ die Angabe „und 2b“ und nach dem Wort „Erziehung“ die Wörter „oder Pflege“ eingefügt.
 - bb) Folgender Satz wird angefügt:

§ 8

unverändert

Artikel 4**Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch**

Das Dritte Buch Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

„Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 2a mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 2b zusammen, geht die Versicherungspflicht nach Absatz 2a vor.“

2. § 28a wird wie folgt geändert: 2. unverändert
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 2 Nr. 1 und 2 werden jeweils nach den Wörtern „des Ersten Abschnitts gestanden“ das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „bezogen“ die Wörter „oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt hat, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach diesem Buch unterbrochen“ eingefügt.
- bb) Folgende Sätze werden angefügt:
- „Der Antrag muss spätestens innerhalb von einem Monat nach Aufnahme der Tätigkeit oder Beschäftigung, die zur freiwilligen Weiterversicherung berechtigt, gestellt werden. Nach einer Pflegezeit im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes muss der Antrag abweichend von Satz 3 innerhalb von einem Monat nach Beendigung der Pflegezeit gestellt werden.“
- b) Absatz 2 Satz 2 wird aufgehoben.
3. In § 130 Abs. 2 Satz 1 wird nach Nummer 3 folgende Nummer 3a eingefügt: 3. unverändert
- „3a. Zeiten, in denen der Arbeitslose eine Pflegezeit nach § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch genommen hat, wenn wegen der Pflege das Arbeitsentgelt oder die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit gemindert war,“.
4. § 345 wird wie folgt geändert: 4. unverändert
- a) In Nummer 7 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.
- b) Folgende Nummer 8 wird angefügt:
- „8. die als Pflegende während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), ein Arbeitsentgelt in Höhe von zehn Prozent der monatlichen Bezugsgröße; dabei ist die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet maßgebend, wenn der Tätigkeitsort im Beitrittsgebiet liegt.“
5. § 347 wird wie folgt geändert: 5. unverändert
- a) In Nummer 9 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.
- b) Folgende Nummer 10 wird angefügt:
- „10. für Personen, die als Pflegende während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b) und einen
- a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,

Entwurf

- b) in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherten Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
- c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig.“

6. § 349 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Die Beiträge für Personen, die als Pflegende während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Das Nähere über *Zahlung* und Abrechnung der Beiträge können der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe, das Bundesversicherungsamt und die Bundesagentur durch Vereinbarung regeln.“

- b) *Dem Absatz 5 werden folgende Sätze angefügt:*

„Die Zahlung der Beiträge nach Absatz 4a erfolgt in Form eines Gesamtbeitrags für das Kalenderjahr, in dem die Pflegezeit in Anspruch genommen wurde (Beitragsjahr). Abweichend von § 23 Abs. 1 Satz 4 des Vierten Buches ist der Gesamtbeitrag spätestens im März des Jahres fällig, das dem Beitragsjahr folgt.“

Artikel 5

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Dem § 7 Abs. 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S. 86, 466), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt auch nicht für die Inanspruchnahme von Pflegezeit im Sinne des § 3 des Pflegezeitgesetzes.“

Artikel 6

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezem-

Beschlüsse des 14. Ausschusses

6. § 349 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Die Beiträge für Personen, die als Pflegende während einer Pflegezeit versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), sind von den Stellen, die die Beiträge zu tragen haben, an die Bundesagentur zu zahlen. Das Nähere über **das Verfahren der Beitragszahlung** und Abrechnung der Beiträge können der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe, das Bundesversicherungsamt und die Bundesagentur durch Vereinbarung regeln.“

- b) Absatz 5 **wird wie folgt geändert:**

aa) Die Angabe „nach den Absätzen 3 und 4“ wird durch die Angabe „nach den Absätzen 3 bis 4a“ ersetzt.

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Die Zahlung der Beiträge nach Absatz 4a erfolgt in Form eines Gesamtbeitrags für das Kalenderjahr, in dem die Pflegezeit in Anspruch genommen wurde (Beitragsjahr). Abweichend von § 23 Abs. 1 Satz 4 des Vierten Buches ist der Gesamtbeitrag spätestens im März des Jahres fällig, das dem Beitragsjahr folgt.“

Artikel 5

unverändert

Artikel 6

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezem-

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

ber 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. § 6 Abs. 4 Satz 6 wird wie folgt geändert:
 - a) Im ersten Halbsatz werden nach dem Wort „Elternzeit“ die Wörter „oder Pflegezeit“ eingefügt.
 - b) Im zweiten Halbsatz wird nach der Angabe „§ 8 Abs. 1 Nr. 1a, 2“ die Angabe „, 2a“ eingefügt.
2. In § 8 Abs. 1 wird nach Nummer 2 folgende Nummer 2a eingefügt:

„2a. durch Herabsetzung der regelmäßigen Wochenarbeitszeit während der Pflegezeit nach § 3 des Pflegezeitgesetzes; die Befreiung erstreckt sich nur auf die Dauer der Pflegezeit.“
3. § 11 Abs. 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Dazu haben die Krankenhäuser ein Entlassungsmanagement zur Gewährleistung des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege einzurichten. Die Durchführung erfolgt durch hierfür qualifiziertes Personal, insbesondere Pflegefachkräfte, die koordinierend mit den behandelnden Krankenhausärzten, den stationär Pflegenden, dem sozialen Dienst, der jeweiligen Krankenkasse, den Angehörigen und den Vertragsärzten oder den aufnehmenden Einrichtungen zusammenwirken. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten. Eine entsprechende Verpflichtung gilt auch für die stationären Rehabilitationseinrichtungen hinsichtlich einer erforderlichen Anschlussversorgung. Ergänzend dazu haben die Krankenkassen im Zusammenwirken mit den jeweiligen Einrichtungen für die unmittelbare Anschlussversorgung ihrer Versicherten Sorge zu tragen. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.“

4. In § 15 Abs. 1 Satz 1 werden der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„soweit nicht in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c etwas anderes bestimmt ist.“
5. § 23 Abs. 8 wird aufgehoben.
6. Dem § 40 Abs. 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 1 536 Euro für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Satz 6 gilt nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat. Die Krankenkasse berichtet ihrer Aufsichtsbehörde jährlich über Fälle nach Satz 6.“

ber 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. unverändert
2. unverändert
3. In § 11 Abs. 4 wird nach dem Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten.“
4. unverändert
5. unverändert
6. Dem § 40 Abs. 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Krankenkasse zahlt der Pflegekasse einen Betrag in Höhe von 3 072 Euro für pflegebedürftige Versicherte, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Satz 6 gilt nicht, wenn die Krankenkasse die fehlende Leistungserbringung nicht zu vertreten hat. Die Krankenkasse berichtet ihrer Aufsichtsbehörde jährlich über Fälle nach Satz 6.“

Entwurf

7. In § 52 Abs. 2 werden die Wörter „Maßnahme wie zum Beispiel eine“ gestrichen.

8. In § 63 werden nach Absatz 3a folgende Absätze 3b und 3c eingefügt:

„(3b) Modellvorhaben nach Absatz 1 können vorsehen, dass Angehörige der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe

1. die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie
2. die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer

vornehmen, soweit diese aufgrund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt.

(3c) Modellvorhaben nach Absatz 1 können eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe aufgrund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen. Satz 1 gilt für die Angehörigen des im Altenpflegegesetz geregelten Berufes aufgrund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Altenpflegegesetzes entsprechend.“

9. § 95d Abs. 5 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Vertragsarztes“ die Wörter „oder einer Einrichtung nach § 119b“ eingefügt.
- b) In Satz 2 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

Beschlüsse des 14. Ausschusses

7. unverändert

8. In § 63 werden nach Absatz 3a folgende Absätze 3b und 3c eingefügt:

„(3b) Modellvorhaben nach Absatz 1 können vorsehen, dass Angehörige der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe

1. unverändert
2. unverändert

vornehmen, soweit diese aufgrund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt. **Modellvorhaben nach Absatz 1 können vorsehen, dass Physiotherapeuten mit einer Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes die Auswahl und die Dauer der physikalischen Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen, soweit die Physiotherapeuten auf Grund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt.**

(3c) Modellvorhaben nach Absatz 1 können eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe aufgrund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen. Satz 1 gilt für die Angehörigen des im Altenpflegegesetz geregelten Berufes aufgrund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Altenpflegegesetzes entsprechend. **Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien fest, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde auf die Angehörigen der in den Sätzen 1 und 2 genannten Berufe im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist der Bundesärztekammer sowie den maßgeblichen Verbänden der Pflegeberufe Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen.**“

8a. Dem § 87 Abs. 2b wird folgender Satz angefügt:

„Bis spätestens zum 31. Oktober 2008 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2009 eine Regelung zu treffen, nach der ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach § 28 Abs. 1 Satz 2, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, vergütet werden.“

9. unverändert

Entwurf

„für die in einer Einrichtung nach § 119b angestellten Ärzte wird der Fortbildungsnachweis nach Absatz 3 von der Einrichtung geführt.“

- c) In Satz 4 werden das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Vertragsarztes“ die Wörter „oder der Einrichtung nach § 119b“ eingefügt.

10. Nach § 119a wird folgender § 119b eingefügt:

„§ 119b
Ambulante Behandlung
in stationären Pflegeeinrichtungen

Stationäre Pflegeeinrichtungen *sind vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung zu ermächtigen, soweit eine ausreichende ärztliche Versorgung dieser Versicherten ohne einen in der Pflegeeinrichtung tätigen angestellten Arzt, der in das Arztregister eingetragen und geriatrisch fortgebildet ist, durch niedergelassene Ärzte im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b), der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c), der integrierten Versorgung (§ 140a) oder anderer Kooperationsverträge nicht sichergestellt ist.* Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt ist bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. Er soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten.“

Beschlüsse des 14. Ausschusses

- 9a. Dem § 116b wird folgender Absatz angefügt:

„(6) Die ambulante Behandlung nach Absatz 2 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Abs. 2 Nr. 5 bis 8 und 12 ein, soweit diese zur Erfüllung des Behandlungsauftrags im Rahmen der Zulassung erforderlich sind; § 73 Abs. 2 Nr. 9 gilt entsprechend. Die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 gelten entsprechend. Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Abs. 1 Satz 2 sowie die Richtlinien nach § 75 Abs. 7 gelten entsprechend, soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 1 betreffen. Die Krankenhäuser haben dabei ein Kennzeichen nach § 293 zu verwenden, das eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach §§ 300 und 302 ermöglicht. Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen nach Satz 1 gilt § 113 Abs. 4 entsprechend, soweit vertraglich nichts anderes vereinbart ist.“

10. Nach § 119a wird folgender § 119b eingefügt:

„§ 119b
Ambulante Behandlung
in stationären Pflegeeinrichtungen

Stationäre Pflegeeinrichtungen **können einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf unbeschadet des § 75 Abs. 1 Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen.** Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 anzustreben. Kommt ein Vertrag nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen; soll die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch einen in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arzt erfolgen, ist der angestellte Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den Pflegeeinrichtungen zu ermächtigen. Das Recht auf freie Arztwahl der Versicherten in der Pflegeeinrichtung bleibt unberührt. Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt ist bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. Er soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten.“

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

11. In § 120 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtungen“ durch die Wörter „ambulante ärztliche Leistungen, die in ermächtigten Einrichtungen erbracht werden,“ ersetzt.

11. § 120 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „und ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtungen“ durch die Wörter „, die in stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen von nach § 119b Satz 3 zweiter Halbsatz ermächtigten Ärzten und ambulante ärztliche Leistungen, die in ermächtigten Einrichtungen erbracht werden,“ ersetzt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Vergütung der von nach § 119b Satz 3 zweiter Halbsatz ermächtigten Ärzten erbrachten Leistungen wird von der stationären Pflegeeinrichtung mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet.“

12. In § 132e Satz 1 werden die Wörter „ärztlich geleiteten“ gestrichen und nach dem Wort „Einrichtungen“ die Wörter „mit geeignetem ärztlichen Personal“ eingefügt.

12. unverändert

12a. Dem § 136 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit einzelnen Krankenkassen oder mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen unbeschadet der Regelungen der §§ 87a bis c ab dem 1. Januar 2009 gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen, in denen für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte und elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festgelegt werden, bei deren Erfüllung die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen erhalten. In den Verträgen nach Satz 1 ist ein Abschlag von den nach § 87a Abs. 2 Satz 1 vereinbarten Punktwerten für die an dem jeweiligen Vertrag beteiligten Krankenkassen und die von dem Vertrag erfassten Leistungen, die von den an dem Vertrag nicht teilnehmenden Ärzten der jeweiligen Facharztgruppe erbracht werden, zu vereinbaren, durch den die Mehrleistungen nach Satz 1 für die beteiligten Krankenkassen ausgeglichen werden.“

13. In § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 werden nach dem Wort „Versicherte“ die Wörter „einschließlich der Voraussetzungen von Leistungsbeschränkungen“ eingefügt.

13. unverändert

14. In § 293 Abs. 4 Satz 1 werden die Wörter „ärztlich und zahnärztlich geleiteter“ gestrichen.

14. unverändert

15. § 294a wird wie folgt geändert:

15. § 294a wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

a) unverändert

b) Im neuen Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Vertragsärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen und“ durch die Wörter „an der vertragsärztlichen Versor-

b) unverändert

Entwurf

„... der Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie“ ersetzt.

c) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass Versicherte sich eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen oder durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben (§ 52), sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet, den Krankenkassen die erforderlichen Daten mitzuteilen. Die Versicherten sind über den Grund der Meldung nach Satz 1 und die gemeldeten Daten zu informieren.“

16. In § 72a Abs. 2, § 73 Abs. 5 Satz 1, § 95 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 4 Satz 1, § 98 Abs. 2 Nr. 11, § 106 Abs. 5 Satz 1 und § 295 Abs. 1b Satz 1 werden jeweils die Wörter „ärztlich geleitete“ gestrichen.

17. In § 76 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2, § 82 Abs. 2 Satz 1, § 96 Abs. 4 Satz 1, § 98 Abs. 2 Nr. 11, § 140f Abs. 3 Satz 1, § 295 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2a und 4 Satz 1 und § 305 Abs. 2 Satz 1 werden jeweils die Wörter „ärztlich geleiteten“ gestrichen.

Artikel 7

Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

In § 61 Abs. 6 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 80“ durch die Angabe „§ 113“ ersetzt.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

c) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Liegen Anhaltspunkte für ein Vorliegen der Voraussetzungen des § 52 Abs. 2 vor, sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie die Krankenhäuser nach § 108 verpflichtet, den Krankenkassen die erforderlichen Daten mitzuteilen. Die Versicherten sind über den Grund der Meldung nach Satz 1 und die gemeldeten Daten zu informieren.“

16. unverändert

17. unverändert

Artikel 7

Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. § 4 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Träger der Sozialhilfe arbeiten mit anderen Stellen, deren gesetzliche Aufgaben dem gleichen Ziel dienen oder die an Leistungen beteiligt sind oder beteiligt werden sollen, zusammen, insbesondere mit den Trägern von Leistungen nach dem Zweiten, dem Achten, dem Neunten und dem Elften Buch, sowie mit anderen Trägern von Sozialleistungen, mit den gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger und mit Verbänden. Darüber hinaus sollen die Träger der Sozialhilfe gemeinsam mit den Beteiligten der Pflegestützpunkte nach § 92c des Elften Buches alle für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden Hilfe- und Unterstützungsangebote koordinieren.“

2. In § 61 Abs. 6 wird die Angabe „§ 80“ durch die Angabe „§ 113“ ersetzt.

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 8**Artikel 8****Änderung des Bundesversorgungsgesetzes****Änderung des Bundesversorgungsgesetzes**

In § 26c Abs. 6 Satz 1 des Bundesversorgungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, werden die Wörter „und Bundesempfehlungen“ durch die Wörter „, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen“ und die Angabe „§ 80“ durch die Angabe „§ 113“ ersetzt.

§ 26c des Bundesversorgungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), zuletzt **geändert** durch ... (BGBl. I S. ...), **wird wie folgt geändert:**

1. In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Hilfsmittel“ durch das Wort „Pflegehilfsmittel“ ersetzt.
2. In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „und Bundesempfehlungen“ durch die Wörter „, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen“ und die Angabe „§ 80“ durch die Angabe „§ 113“ ersetzt.
3. Absatz 8 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden die Wörter „in Höhe von 205 Euro monatlich“ durch die Wörter „nach § 37 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
 - b) In Satz 2 werden die Wörter „in Höhe von 410 Euro monatlich“ durch die Wörter „nach § 37 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
 - c) In Satz 3 werden die Wörter „in Höhe von 665 Euro monatlich“ durch die Wörter „nach § 37 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 9**Artikel 9****Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag****Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag**

§ 204 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag vom ... [einsetzen: Datum der Ausfertigung des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts] (BGBl. I S. ... [einsetzen: Fundstelle der Verkündung des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts]) wird wie folgt geändert:

§ 204 des Versicherungsvertragsgesetzes vom 23. November 2007 (BGBl. I S. 2631), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...) wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

- a) unverändert

„(2) Im Falle der Kündigung des Vertrags zur privaten Pflege-Pflichtversicherung und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags bei einem anderen Versicherer kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer verlangen, dass dieser die für ihn kalkulierte Alterungsrückstellung an den neuen Versicherer überträgt. Auf diesen Anspruch kann nicht verzichtet werden.“

- b) Die bisherigen Absätze 2 und 3 werden die Absätze 3 und 4.

- b) unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 10**Artikel 10****Änderung des
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes**

unverändert

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. In Artikel 44 wird Nummer 6 Buchstabe b wie folgt gefasst:
 - b) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:
 - „2a. nähere Bestimmungen zur Berechnung des Übertragungswerts nach § 12 Abs. 1 Nr. 5 und § 12f Satz 2 zu erlassen.“
2. Artikel 45 wird wie folgt geändert:
 - a) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:
 2. § 5 wird wie folgt geändert:
 - a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.
 - b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:
 - „(2) In der privaten Pflege-Pflichtversicherung und bei Gewährung von Versicherung im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes dürfen außer den Sterbewahrscheinlichkeiten sowie dem Abgang zur sozialen Pflegeversicherung und gesetzlichen Krankenversicherung keine weiteren Abgangswahrscheinlichkeiten berücksichtigt werden.“
 - b) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:
 6. Dem § 13 wird folgender Absatz 5 angefügt:
 - „(5) Für Versicherte, die gemäß § 204 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes von einem anderen Unternehmen unter Mitgabe des Übertragungswertes gemäß § 13a gewechselt sind, dürfen in der Krankenversicherung erneute Abschlusskosten durch Zillmerung nur auf den Teil der Prämie bezogen werden, der über die Prämie hinausgeht, die sich ergeben würde, wenn der Versicherte in den Basistarif des anderen Unternehmens wechseln würde. Für den Wechsel in der privaten Pflege-Pflichtversicherung dürfen erneute Abschlusskosten durch Zillmerung nicht eingerechnet werden.“
 - c) Nummer 7 wird wie folgt gefasst:
 7. Nach § 13 wird folgender § 13a eingefügt:
 - „§ 13a
Übertragungswert
 - (1) Der Übertragungswert im Sinne des § 12 Abs. 1 Nr. 5 des Versicherungsaufsichtsgesetzes berechnet sich als Summe aus der Alterungsrückstellung, die aus dem Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 4a des Versicherungsaufsichtsgesetzes entstanden ist, und der Alterungsrückstellung für die gekündigten Tarife, höchstens jedoch der Alte-

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

rungsrückstellung, die sich ergeben hätte, wenn der Versicherte von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wäre (fiktive Alterungsrückstellung).

(2) Bei der Berechnung der fiktiven Alterungsrückstellung sind die Rechnungsgrundlagen des brancheneinheitlichen Basistarifs nach § 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu verwenden. Für Versicherungszeiten vor dem 1. Januar 2009 sind die Rechnungsgrundlagen der Erstkalkulation des Basistarifs mit folgenden Maßgaben zu verwenden:

1. Anstelle der Sterbetafel der Erstkalkulation ist die Sterbetafel zu verwenden, welche das Unternehmen bei der Neu- und Nachkalkulation im betreffenden Jahr verwendet hat.
2. Die Grundkopfschäden sind für jedes Jahr um fünf vom Hundert zu vermindern.

(3) Wechselt der Versicherungsnehmer in der Pflege-Pflichtversicherung zu einem anderen Unternehmen, gilt die Alterungsrückstellung als Übertragungswert im Sinne des § 12f Satz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes.“

Artikel 11**Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes**

In § 12f des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, werden die Angabe „§ 12 Abs. 1 bis 4“ durch die Angabe „§ 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 4, Abs. 2 bis 4“ ersetzt und folgender Satz angefügt:

„In Versicherungsverträgen zur privaten Pflege-Pflichtversicherung ist die Mitgabe des Übertragungswertes bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen.“

Artikel 12**Änderung der Kalkulationsverordnung**

In § 19 Abs. 1 der Kalkulationsverordnung vom 18. November 1996 (BGBl. I S. 1783), die zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird nach der Angabe „§ 17 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe f und g“ die Angabe „sowie § 5 Abs. 2, § 13 Abs. 5 und § 13a Abs. 3“ eingefügt.

Artikel 13**Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte**

§ 31 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Artikel 11

unverändert

Artikel 12

unverändert

Artikel 13

unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

- a) In Absatz 1 und Absatz 8 Satz 4 werden jeweils die Wörter „ärztlich geleitete“ gestrichen.
- b) Dem Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:
„Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Ermächtigungen nach § 119b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

Artikel 14**Änderung der Datenerfassungs-
und -übermittlungsverordnung**

In § 9 Abs. 1 Satz 1 der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S. 152), die zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, werden nach dem Wort „Elternzeit“ die Wörter „oder Pflegezeit“ eingefügt.

Artikel 15**Änderung des Krankenpflegegesetzes**

Das Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. Dem § 1 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:
„Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1, die über eine Ausbildung nach § 4 Abs. 7 verfügen, sind im Rahmen der ihnen in dieser Ausbildung vermittelten erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten berechtigt.“
2. Dem § 3 wird folgender Absatz 3 angefügt:
„(3) Soweit in Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten erprobt werden, hat sich die Ausbildung auch auf die Befähigung zur Ausübung der Tätigkeiten zu erstrecken, für die das Modellvorhaben qualifizieren soll. Das Nähere regeln die Ausbildungspläne der Ausbildungsstätten.“
3. § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:
„Bei Modellvorhaben nach Absatz 7 ist die Ausbildungsdauer nach Satz 1 entsprechend zu verlängern. Das Nähere regeln die Ausbildungspläne der Ausbildungsstätten.“
 - b) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:
„Bei Modellvorhaben nach Absatz 7, die an Hochschulen stattfinden, tritt an die Stelle der Schule die Hochschule.“
 - c) Folgender Absatz 7 wird angefügt:
„(7) Zur zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung der nach diesem Gesetz geregelten Berufe im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dienen, können über die in § 3 Abs. 1 und 2 beschriebenen Aufgaben hinausge-

Artikel 14

entfällt

Artikel 15**Änderung des Krankenpflegegesetzes**

Das Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. unverändert
2. unverändert
3. § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) unverändert
 - b) unverändert
 - c) Folgender Absatz 7 wird angefügt:
„(7) Zur zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung der nach diesem Gesetz geregelten Berufe im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dienen, können über die in § 3 Abs. 1 und 2 beschriebenen Aufgaben hinausge-

Entwurf

hende erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vermittelt werden. Dabei darf die Erreichung des Ausbildungsziels nicht gefährdet sein. Die Vereinbarkeit der Ausbildung mit der Richtlinie 2005/36/EG ist zu gewährleisten. Abweichend von Absatz 2 Satz 1 kann die Ausbildung an Hochschulen erfolgen. Soweit die Ausbildung nach Satz 1 über die in diesem Gesetz und die in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege geregelten Ausbildungsinhalte hinausgeht, wird sie in Ausbildungsplänen der Ausbildungsstätten inhaltlich ausgestaltet, die vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen sind. § 4 Abs. 1 Satz 1 erster Halbsatz gilt mit der Maßgabe, dass die staatliche Prüfung sich auch auf die mit der Ausbildung erworbenen erweiterten Kompetenzen zu erstrecken hat.“

4. Nach § 4 wird folgender § 4a eingefügt:

„§ 4a

Staatliche Prüfung bei Ausbildungen nach § 4 Abs. 7

(1) § 3 Abs. 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege gilt bei Ausbildungen nach § 4 Abs. 7, die an Hochschulen stattfinden, mit der Maßgabe, dass die Prüfung an der Hochschule abzulegen ist.

(2) § 4 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege gilt bei Ausbildungen nach § 4 Abs. 7 mit der Maßgabe, dass dem Prüfungsausschuss zusätzlich zu § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege die ärztlichen Fachprüferinnen und Fachprüfer anzugehören haben, die die Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer in den erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten unterrichtet haben, die Gegenstand der staatlichen Prüfung sind. Abweichend von § 4 Abs. 1 Satz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege wird bei diesen Ausbildungen, soweit sie an Hochschulen stattfinden, der Prüfungsausschuss an der Hochschule gebildet.

(3) Dem Zeugnis nach § 8 Abs. 2 Satz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege ist bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 eine Bescheinigung der Ausbildungsstätte beizufügen, aus der sich die heilkundlichen Tätigkeiten ergeben, die Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung und der erweiterten staatlichen Prüfung waren.

(4) Der schriftliche Teil der Prüfung erstreckt sich bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4

Beschlüsse des 14. Ausschusses

hende erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vermittelt werden. Dabei darf die Erreichung des Ausbildungsziels nicht gefährdet sein. Die Vereinbarkeit der Ausbildung mit der Richtlinie 2005/36/EG ist zu gewährleisten. Abweichend von Absatz 2 Satz 1 kann die Ausbildung an Hochschulen erfolgen. Soweit die Ausbildung nach Satz 1 über die in diesem Gesetz und die in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege geregelten Ausbildungsinhalte hinausgeht, wird sie in Ausbildungsplänen der Ausbildungsstätten inhaltlich ausgestaltet, die vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen sind. **Die Genehmigung setzt voraus, dass sich die erweiterte Ausbildung auf ein vereinbartes Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bezieht und die Ausbildung geeignet ist, die zur Durchführung dieses Modellvorhabens erforderliche Qualifikation zu vermitteln.** § 4 Abs. 1 Satz 1 erster Halbsatz gilt mit der Maßgabe, dass die staatliche Prüfung sich auch auf die mit der Ausbildung erworbenen erweiterten Kompetenzen zu erstrecken hat.“

4. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Abs. 7 zusätzlich zu den Themenbereichen nach § 13 Abs. 1 Satz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege auf den Themenbereich zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten, der entsprechend dem Ausbildungsplan der Ausbildungsstätte Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung war. Der Prüfling hat zu diesem Themenbereich in einer Aufsichtsarbeit schriftlich gestellte Fragen zu bearbeiten. Die Aufsichtsarbeit dauert 120 Minuten und ist an einem gesonderten Tag durchzuführen. § 13 Abs. 1 Satz 5 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege gilt entsprechend. Die Aufgaben für die Aufsichtsarbeit werden von der oder dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses auf Vorschlag der Schule oder Hochschule ausgewählt, an der die Ausbildung stattgefunden hat. § 13 Abs. 2 Satz 3 und 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege gilt entsprechend. § 13 Abs. 2 Satz 5 und 6 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass die Note für den schriftlichen Teil der Prüfung aus den vier Aufsichtsarbeiten zu bilden ist, die Gegenstand der Prüfung waren, und der schriftliche Teil der Prüfung bestanden ist, wenn jede der vier Aufsichtsarbeiten mindestens mit „ausreichend“ benotet wird.

(5) Der mündliche Teil der Prüfung erstreckt sich bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 zusätzlich zu den Themenbereichen nach § 14 Abs. 1 Satz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege auf den Themenbereich zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten, der entsprechend dem Ausbildungsplan der Ausbildungsstätte Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung war. § 14 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 1, Abs. 3 Satz 1, 3 bis 6 und Abs. 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege gilt entsprechend. Die Prüfung im zusätzlichen Themenbereich nach Satz 1 soll für den einzelnen Prüfling mindestens 15 Minuten und nicht länger als 30 Minuten dauern. Für die Prüfung sind die ärztlichen Fachprüferinnen oder Fachprüfer nach § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege vorzusehen.

(6) Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 zusätzlich zu § 15 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege auf eine Aufgabe zur Anwendung der in § 3 Abs. 3 beschriebenen erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten bei Patientinnen oder Patienten, die entsprechend dem Ausbildungsplan der Ausbildungsstätte Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung waren. Der Prüfling übernimmt dabei alle Aufgaben, die Gegenstand der Behandlung sind, einschließlich der Dokumentation. In einem Prüfungsgespräch hat der Prüfling seine Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen zu erläutern und zu begründen sowie die Prüfungssituation zu reflektieren. Dabei hat er nachzuweisen, dass er in der Lage ist, die während der Ausbildung erworbenen erweiterten Kompetenzen in der beruflichen Praxis an-

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

zuwenden, und dass er befähigt ist, die Aufgaben gemäß § 3 Abs. 3, die Gegenstand seiner zusätzlichen Ausbildung waren, eigenverantwortlich zu lösen. Die Auswahl der Patientinnen oder Patienten erfolgt durch eine Fachprüferin oder einen Fachprüfer nach § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege im Einvernehmen mit der Patientin oder dem Patienten. Die Prüfung soll für den einzelnen Prüfling in der Regel nicht länger als drei Stunden dauern. § 15 Abs. 2 Satz 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege bleibt unberührt. Die Prüfung wird von zwei Fachprüferinnen oder Fachprüfern nach § 4 Abs. 1 Satz 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege abgenommen und benotet. Aus den Noten der Fachprüferinnen oder Fachprüfer bildet die oder der Vorsitzende des Prüfungsausschusses die Note für die zusätzliche Aufgabe der praktischen Prüfung. § 15 Abs. 3 Satz 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege gilt mit der Maßgabe, dass der praktische Teil der Prüfung bestanden ist, wenn die Prüfungsnote für die Prüfung nach § 15 Abs. 1 und 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege jeweils mindestens „ausreichend“ ist.

(7) Die Absätze 4 bis 6 gelten entsprechend im Hinblick auf den schriftlichen, mündlichen und praktischen Teil der Prüfung nach den §§ 16 bis 18 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege, soweit Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 sich auf zusätzliche Ausbildungen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege erstrecken.

(8) § 2 Abs. 5 gilt entsprechend für Personen, die Staatsangehörige eines Vertragsstaates des Europäischen Wirtschaftsraumes sind und über einen Ausbildungsnachweis verfügen, der eine einem Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 entsprechende Ausbildung bestätigt und zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeit berechtigt.“

5. § 14 Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Das Ausbildungsverhältnis endet mit dem Ablauf der Ausbildungszeit. Bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7, die an Schulen stattfinden, endet es mit Ablauf der nach § 4 Abs. 1 Satz 3 verlängerten Ausbildungszeit.“

6. Nach § 18 wird folgender § 18a eingefügt:

„§ 18a
Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7

(1) Die §§ 9 bis 17 finden keine Anwendung auf Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer, die im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 die Ausbildung an einer Hochschule ableisten.

(2) § 10 Abs. 1 Nr. 2 sowie § 12 Abs. 1 und 3 finden keine Anwendung auf Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer, die im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 die Ausbildung an einer Schule ableisten, soweit die nach § 4 Abs. 1 Satz 1 vorgesehene Ausbildungsdauer überschritten ist.“

5. unverändert

6. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 16

Artikel 16

Änderung des Altenpflegegesetzes

Änderung des Altenpflegegesetzes

Das Altenpflegegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

Das Altenpflegegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S. ...), wird wie folgt geändert:

1. Dem § 1 wird folgender Satz angefügt:

1. unverändert

„Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1, die über eine Ausbildung nach § 4 Abs. 7 verfügen, sind im Rahmen der ihnen in dieser Ausbildung vermittelten erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten berechtigt.“

2. § 3 wird wie folgt geändert:

2. unverändert

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Soweit in Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten erprobt werden, hat sich die Ausbildung auch auf die Befähigung zur Ausübung der Tätigkeiten zu erstrecken, für die das Modellvorhaben qualifizieren soll. Das Nähere regeln die Lehrpläne der Altenpflegesschulen und die Ausbildungspläne der Träger der praktischen Ausbildung.“

3. § 4 wird wie folgt geändert:

3. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

a) unverändert

„Bei Modellvorhaben nach Absatz 7 ist die Ausbildungsdauer nach Satz 1 entsprechend zu verlängern. Das Nähere regeln die Lehrpläne der Altenpflegesschulen und die Ausbildungspläne der Träger der praktischen Ausbildung.“

b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

b) unverändert

„Bei Modellvorhaben nach Absatz 7, die an Hochschulen stattfinden, tritt an die Stelle der Altenpflegeschule die Hochschule.“

c) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

c) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Zur zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung des nach diesem Gesetz geregelten Berufes im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dienen, können über die in § 3 Abs. 1 beschriebenen Aufgaben hinausgehende erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vermittelt werden. Dabei darf die Erreichung des Ausbildungsziels nicht gefährdet sein. Soweit die Ausbildung nach Satz 1 über die in diesem Gesetz und die in der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelten Ausbildungsinhalte hinausgeht, werden die Ausbildungsinhalte in gesonderten Lehrplänen der Altenpflegesschulen und Ausbildungsplänen der Träger der praktischen Ausbildung festgelegt, die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind. Die Festlegung der Vornoten gemäß § 9 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung

„(7) Zur zeitlich befristeten Erprobung von Ausbildungsangeboten, die der Weiterentwicklung des nach diesem Gesetz geregelten Berufes im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dienen, können über die in § 3 Abs. 1 beschriebenen Aufgaben hinausgehende erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vermittelt werden. Dabei darf die Erreichung des Ausbildungsziels nicht gefährdet sein. Soweit die Ausbildung nach Satz 1 über die in diesem Gesetz und die in der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelten Ausbildungsinhalte hinausgeht, werden die Ausbildungsinhalte in gesonderten Lehrplänen der Altenpflegesschulen und Ausbildungsplänen der Träger der praktischen Ausbildung festgelegt, die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind. **Die Genehmigung setzt voraus, dass sich die erweiterte Ausbildung auf ein vereinbartes Mo-**

Entwurf

und die staatliche Prüfung erstrecken sich auch auf die mit der Ausbildung erworbenen erweiterten Kompetenzen. Abweichend von Absatz 2 kann die Ausbildung nach Satz 1 an Hochschulen erfolgen. In diesem Fall finden die §§ 13 bis 23 dieses Gesetzes und § 9 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung keine Anwendung.“

4. Nach § 4 wird folgender § 4a eingefügt:

„§ 4a

(1) § 5 Abs. 2 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung gilt bei Ausbildungen nach § 4 Abs. 7, die an Hochschulen stattfinden, mit der Maßgabe, dass die Prüfung an der Hochschule abzulegen ist.

(2) § 6 Abs. 1 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung gilt bei Ausbildungen nach § 4 Abs. 7 mit der Maßgabe, dass dem Prüfungsausschuss nach § 6 Abs. 1 und den Fachausschüssen nach § 7 Abs. 1 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung eine ärztliche Fachprüferin oder ein ärztlicher Fachprüfer angehört, die oder der die Ausbildungsteilnehmerin oder den Ausbildungsteilnehmer in den erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten unterrichtet hat, die Gegenstand der staatlichen Prüfung sind. Abweichend von § 6 Abs. 1 Satz 1 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wird bei Ausbildungen, die an Hochschulen stattfinden, der Prüfungsausschuss an der Hochschule gebildet.

(3) Dem Zeugnis nach § 14 Abs. 2 Satz 1 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist bei einer Ausbildung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 eine Bescheinigung der Altenpflegeschule beizufügen, aus der sich die heilkundlichen Tätigkeiten ergeben, die Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung und der erweiterten staatlichen Prüfung waren.

(4) Der schriftliche Teil der Prüfung erstreckt sich bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 zusätzlich zu den Themenbereichen nach § 10 Abs. 1 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung auf den Themenbereich zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten, der entsprechend dem Lehrplan und dem Ausbildungsplan Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung war. Die Aufsichtsarbeit dauert 120 Minuten. § 10 Abs. 3 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass die Aufgaben für die Aufsichtsarbeit von der zuständigen Behörde auf Vorschlag der Altenpflegeschule oder Hochschule ausgewählt werden, an der die Ausbildung stattgefunden hat.

(5) Der mündliche Teil der Prüfung erstreckt sich bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 zusätzlich zu den Themenbereichen nach § 11 Abs. 1 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsver-

Beschlüsse des 14. Ausschusses

dellvorhaben nach § 63 Abs. 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bezieht und die Ausbildung geeignet ist, die zur Durchführung dieses Modellvorhabens erforderliche Qualifikation zu vermitteln. Die Festlegung der Vornoten gemäß § 9 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und die staatliche Prüfung erstrecken sich auch auf die mit der Ausbildung erworbenen erweiterten Kompetenzen. Abweichend von Absatz 2 kann die Ausbildung nach Satz 1 an Hochschulen erfolgen. In diesem Fall finden die §§ 13 bis 23 dieses Gesetzes und § 9 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung keine Anwendung.“

4. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

ordnung auf den Themenbereich zur Ausübung von heilkundlichen Tätigkeiten, der entsprechend dem Lehrplan und dem Ausbildungsplan Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung war. In dem zusätzlichen Themenbereich nach Satz 1 soll die Ausbildungsteilnehmerin oder der Ausbildungsteilnehmer mindestens 15 Minuten und nicht länger als 30 Minuten geprüft werden. § 11 Abs. 2 Satz 1 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung gilt entsprechend. Die ärztliche Fachprüferin oder der ärztliche Fachprüfer im Sinne des § 7 Abs. 1 Nr. 2 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung benotet die Leistungen in dem zusätzlichen Ausbildungsbereich.

(6) Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 zusätzlich zu § 12 Abs. 1 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung auf eine Aufgabe zur Anwendung der in § 3 Abs. 2 beschriebenen erweiterten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten bei Patientinnen oder Patienten, die entsprechend dem Lehrplan und dem Ausbildungsplan Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung waren. Die Ausbildungsteilnehmerin oder der Ausbildungsteilnehmer übernimmt dabei alle Aufgaben, die Gegenstand der Behandlung sind, einschließlich der Dokumentation. In einem Prüfungsgespräch hat die Ausbildungsteilnehmerin oder der Ausbildungsteilnehmer die Diagnose- und Behandlungsmaßnahmen zu erläutern und zu begründen sowie die Prüfungssituation zu reflektieren. Dabei ist nachzuweisen, dass die während der Ausbildung erworbenen erweiterten Kompetenzen in der beruflichen Praxis angewendet werden können und die Befähigung besteht, die Aufgaben gemäß § 3 Abs. 2, die Gegenstand der zusätzlichen Ausbildung waren, eigenverantwortlich zu lösen. Der Prüfungsteil der Durchführung der Pflege gemäß § 12 Abs. 2 Satz 3 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und der zusätzlichen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten soll die Dauer von 150 Minuten nicht überschreiten. An dem Verfahren gemäß § 12 Abs. 3 der Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ist die ärztliche Fachprüferin oder der ärztliche Fachprüfer zu beteiligen.“

5. Dem § 19 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Ausbildungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 endet es mit Ablauf der nach § 4 Abs. 1 Satz 4 verlängerten Ausbildungszeit.“

5. unverändert

Artikel 16a**Änderung des Apothekengesetzes**

In § 14 Abs. 7 Satz 2 des Apothekengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), das zuletzt durch ... (BGBl. I S. ...) geändert worden ist, wird das Wort „vertraglich“ gestrichen.

Entwurf

Artikel 17**Inkrafttreten**

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Juli 2008 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nr. 79 tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(3) Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe a, Nr. 12 Buchstabe b und Nr. 67 Buchstabe b sowie die Artikel 2, 9, 11 und 12 treten am 1. Januar 2009 in Kraft, Artikel 9 jedoch erst nach Inkrafttreten von Artikel 11 des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vom ... [einsetzen: Datum der Ausfertigung des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts] (BGBl. I S. ... [einsetzen: Fundstelle der Verkündung des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts]).

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 17**Inkrafttreten**

(1) unverändert

(2) unverändert

(3) Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe a, Nr. 12 Buchstabe b und Nr. 67 Buchstabe b sowie die Artikel 2, 9, 11 und 12 treten am 1. Januar 2009 in Kraft, Artikel 9 jedoch erst nach Inkrafttreten von Artikel 11 des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vom **23. November 2007 (BGBl. I S. 2631, 2672)**.

Bericht der Abgeordneten Willi Zylajew, Hilde Mattheis, Heinz Lanfermann, Dr. Ilja Seifert und Elisabeth Scharfenberg

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

- a) Der Deutsche Bundestag hat den **Gesetzentwurf auf Drucksachen 16/7439 und 16/7486** in seiner 134. Sitzung am 14. Dezember 2007 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Rechtsausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen sowie gemäß § 96 GO-BT an den Haushaltsausschuss.
- b) Den **Antrag auf Drucksache 16/7136** hat der Deutsche Bundestag in seiner 134. Sitzung am 14. Dezember 2007 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Innenausschuss, den Rechtsausschuss, den Finanzausschuss, den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.
- c) Den **Antrag auf Drucksache 16/7472** hat der Deutsche Bundestag in seiner 134. Sitzung am 14. Dezember 2007 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.
- d) Den **Antrag auf Drucksache 16/7491** hat der Deutsche Bundestag in seiner 134. Sitzung am 14. Dezember 2007 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Rechtsausschuss, den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.
- e) Der Deutsche Bundestag hat die **Unterrichtung** durch die Bundesregierung **auf Drucksache 16/7772** in seiner 139. Sitzung am 24. Januar 2008 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Innenausschuss, den Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

a) Gesetzentwurf auf Drucksachen 16/7439, 16/7486

Um die hohe Akzeptanz, die die zum 1. Januar 1995 eingeführte Pflegeversicherung bei den Versicherten ebenso wie bei den Pflegebedürftigen nach Ansicht der Bundesregierung erlangt hat, zu erhalten, hält die Bundesregierung eine Anpassung der Pflegeversicherung an die vielfältigen He-

erausforderungen in der Zukunft für erforderlich. Ihr Ziel ist es, die Pflegeversicherung noch besser auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen auszurichten und dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ noch stärker als bisher Rechnung zu tragen. So soll der allgemeine Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf von Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen mehr Berücksichtigung finden, ohne die Pflegeversicherung finanziell zu überfordern. Des Weiteren ist eine Anpassung der seit der Einführung der Pflegeversicherung unverändert gebliebenen Leistungen vorgesehen. Schließlich soll durch eine Stärkung der Instrumente der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung die Qualität der pflegerischen Versorgung weiter verbessert werden.

Im Einzelnen sieht der Gesetzentwurf schwerpunktmäßig folgende Maßnahmen vor:

- Die Änderungen bei den Leistungen der Pflegeversicherung zielen primär darauf ab, die häuslichen Versorgungsstrukturen auszubauen und zu stützen. Um dem schleichenden Wertverfall unveränderter Leistungen entgegenzuwirken, sollen die ambulanten Sachleistungsbeiträge und das Pflegegeld erst stufenweise bis 2012 und ab 2015 dann in einem dreijährigen Rhythmus angepasst werden. Ab dem Jahr 2014 prüft die Bundesregierung die Notwendigkeit und Höhe einer Leistungsanpassung, die sich an der Preisentwicklung orientiert. Hinzu kommt neben weiteren Leistungsverbesserungen die Anhebung des zusätzlichen Leistungsbetrages für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz auf bis zu 2 400 Euro jährlich.
- Der Beitragssatz wird ab dem 1. Juli 2008 um 0,25 vom Hundert auf 1,95 vom Hundert (auf 2,2 vom Hundert für kinderlose Versicherte) erhöht. Der Gesetzentwurf geht davon aus, dass der erhöhte Beitragssatz ausreicht, um die Leistungen der Pflegeversicherung bis Ende 2014/Anfang 2015 zu finanzieren.
- Ab dem 1. Januar 2009 haben Leistungsberechtigte Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater. Die Pflegeberatung zielt auf die Verbesserung der Versorgung im konkreten Einzelfall ab und dient der umfassenden und zielgerichteten Unterstützung des Einzelnen im Sinne des Fallmanagements.
- Zur Sicherstellung einer umfassenden und aufeinander abgestimmten Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten werden Pflegestützpunkte eingerichtet. Die Pflege- und Krankenkassen im Land schließen hierzu gemeinsam Verträge über die wettbewerbsneutrale Auskunft und Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und anderen Hilfeangeboten, die Koordinierung aller gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen Maßnahmen sowie die Vernetzung von pflegerischen und sozialen Versorgungsangeboten. Der Pflegeberater oder die Pfl-

geberaterin wird im Pflegestützpunkt angesiedelt. Die Pflege- und Krankenkassen haben nach dem Gesetzentwurf dafür zu sorgen, dass in jedem Land ein flächendeckendes Angebot an Pflegestützpunkten entsteht. Dabei soll in der Regel für 20 000 Einwohner ein Pflegestützpunkt errichtet werden.

- Ziel des Gesetzes über die Pflegezeit ist es, die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege zu verbessern. Beschäftigte haben das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fern zu bleiben, wenn dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder in dieser Zeit die pflegerische Versorgung sicherzustellen. Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen. Der Freistellungsanspruch ist auf höchstens sechs Monate begrenzt.
- Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement durchzuführen. Die Spitzenverbände von Pflegekassen, Kommunen und Pflegeeinrichtungen vereinbaren bis zum März 2009 Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Die Vertragsparteien stellen die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Pflegestandards sicher. Zur Durchführung einer Qualitätsprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder den von ihnen bestellten Sachverständigen einen Prüfauftrag. Pflegequalität wird sich in Zukunft auf drei Säulen stützen: 1. Qualitätsentwicklung durch Verankerung von wissenschaftlich fundierten Expertenstandards, 2. stärkere Anerkennung des internen Qualitätsmanagements und Transparenz der Ergebnisse, insbesondere durch Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des MDK, 3. externe Qualitätsprüfung durch den MDK im dreijährigen Rhythmus. Die Landesverbände stellen sicher, dass jährlich in mindestens 20 vom Hundert der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die das Ergebnis einer selbst veranlassten Prüfung vorlegen, eine unangemeldete Stichprobenprüfung durch den MDK erfolgt.
- Verschiedene Maßnahmen wie die Vereinfachung und Abschaffung von Informationspflichten sollen zur Entbürokratisierung der Pflege beitragen.
- Das bürgerschaftliche Engagement und das Engagement von Selbsthilfegruppen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zum Ziel gesetzt haben, werden stärker als bisher gefördert.
- Ein vom BMG eingesetzter Beirat soll bis zum November 2008 den gegenwärtigen Pflegebedürftigkeitsbegriff überprüfen, ein alternatives Begutachtungsverfahren entwickeln und erproben sowie einen Vorschlag zur Neuformulierung des Begriffs unterbreiten. Dabei geht es insbesondere um die Frage der Umsetzbarkeit und der finanziellen und anderen Auswirkungen einer Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Der Bundesrat hat in seiner 839. Sitzung am 30. November 2007 zu dem Gesetzentwurf Stellung genommen und einige Änderungen vorgeschlagen (Bundesratsdrucksache 718/07 (Beschluss)). Der Bundesrat bemängelt die deutlich zu zentralistische Ausrichtung des Gesetzentwurfs, die der Zielrichtung der Föderalismusreform widerspreche, die Exekutivrechte der Länder zu stärken. Kritisch bewertet werden unter anderem die detaillierten Regelungen zur Einrichtung von Pflegestützpunkten, die umfassende Kompetenzübertragung auf den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Möglichkeiten der Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit. Der Bundesrat äußert die Sorge, dass sich mit dem Gesetzentwurf die allgemeine Tendenz in der Gesetzgebung des Bundes fortsetze, den föderalen Aufbau der Bundesrepublik Deutschland durch zentralistische Strukturen der Sozialversicherung deutlich zu schwächen. Der Bundesrat fordert daher, im Rahmen des weiteren Gesetzgebungsverfahrens den berechtigten Interessen der Länder umfassend Rechnung zu tragen. Im Einzelnen macht der Bundesrat folgende zentralen Änderungsvorschläge:

- Bezüglich der Pflegestützpunkte regt der Bundesrat an, der gleichberechtigten Mitverantwortung der Kommunen bei der Ausgestaltung der örtlichen Hilfen stärker Rechnung zu tragen und neben den Kranken- und Pflegekassen auch die zuständigen Sozialhilfeträger an den Pflegestützpunkten zu beteiligen.
- Aus Sicht des Bundesrates fällt die Veröffentlichung von Informationen aus heimrechtlichen Überwachungen nach den Ergebnissen der Föderalismusreform in die Gesetzgebungskompetenz der Länder. Es wird daher vorgeschlagen, dass die Veröffentlichung der Erkenntnisse der Überwachungen der Heimaufsicht der Zustimmung der nach Landesrecht zuständigen Stelle bedürfen soll.
- Der Bundesrat lehnt es ab, die Modellklausel nach Artikel 6 Nr. 8 auf die Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch die Angehörigen der im Krankenpflegegesetz und im Altenpflegegesetz geregelten Berufe sowie die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege auszudehnen. Auch die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal wird aus grundsätzlichen Erwägungen abgelehnt.
- Um die Leistungsfähigkeit und die finanzielle Nachhaltigkeit der Pflegeversicherung auch für die Zukunft zu sichern, muss sie aus Sicht des Bundesrates weiterentwickelt werden. Angesichts der demographischen Entwicklung werde der steigende Finanzbedarf nicht nur aus der Umverteilung gedeckt werden können. Der Bundesrat hält es für dringend erforderlich, eine nachvollziehbare und transparente Finanzierung für das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz nachzureichen und zur Schließung der Demographielücke einen Kapitalstock aufzubauen.

In ihrer Gegenäußerung auf Drucksache 16/7486 macht die Bundesregierung geltend, dass sie die Feststellung des Bundesrates zur zentralistischen Ausrichtung des Gesetzentwurfs nicht teilt. Die Regelungen über die Pflegeberater und Pflegestützpunkte seien ausdrücklich darauf ausgerichtet, die kommunale Ebene an der Ausgestaltung zu beteiligen. Die Pflegekassen würden deshalb verpflichtet, jederzeit darauf hinzuwirken, dass die kommunale Ebene an den Pflegestützpunkten mitwirkt.

Zu den zentralen Änderungsvorschlägen des Bundesrates nimmt die Bundesregierung wie folgt Stellung:

- Die Bundesregierung begrüßt, dass der Bundesrat die Notwendigkeit der Einrichtung von Pflegestützpunkten einschließlich einer umfassenden Pflegeberatung sieht. Die Bundesregierung lehnt aber die Konzeption des Bundesrates ab, Beratung und Begleitung der pflegebedürftigen Menschen von der Entscheidung über die Leistungsgewährung im Rahmen der Leistungen des SGB XI zu trennen.
- Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates zur Veröffentlichung von Leistungen der Pflegeeinrichtungen und deren Qualität ab. Die Festlegung von Kriterien für die Veröffentlichung von Pflegeheimqualitäten solle und müsse wegen der Notwendigkeit der Vergleichbarkeit auf Bundesebene getroffen werden.
- Der Vorschlag des Bundesrates zu den Modellklauseln wird abgelehnt. Mit den Modellklauseln solle erreicht werden, dass Tätigkeiten, die bisher den Ärzten vorbehalten gewesen seien, zunächst probeweise auch von Angehörigen qualifizierter nichtärztlicher Heilberufe ausgeführt werden könnten. Damit werde ein Beitrag zur Entlastung der Ärzte und zugleich zur Verbesserung der Versorgungssituation in ärztlich unterversorgten Regionen geleistet.
- Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag des Bundesrates zur Finanzierung der Pflegeversicherung ab. Mit der Regelung des Gesetzentwurfs werde ein stabiler Beitragssatz bis zum Jahr 2014/2015 gesichert. Die Bundesregierung sei sich bewusst, dass die Frage der langfristigen Finanzierung der Pflegeversicherung eine Aufgabe für die kommende Legislaturperiode bleibt.

b) Antrag auf Drucksache 16/7136

Aus Sicht der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat sich die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Bezugspersonen nicht zuletzt wegen des schleichenden Wertverlusts der Leistungssätze nachteilig entwickelt. Auch die unflexiblen Leistungsangebote der Pflegeversicherung seien nicht geeignet, Pflege nachhaltig und am Bedarf orientiert zu gestalten. Es seien daher gesetzgeberische Maßnahmen einzuleiten, die darauf abzielen, eine solidarische, nachhaltige und generationengerechte Finanzierungsgrundlage für die soziale Pflegeversicherung zu schaffen, Leistungsinhalte konsequent nutzerorientiert zu gestalten und pflegende Angehörige wirkungsvoll zu entlasten. Im Einzelnen besteht das Reformkonzept aus folgenden Eckpunkten:

1. Soziale und Private Pflegeversicherung werden in einer Pflege-Bürgerversicherung zusammengefasst. Darin werden alle Einkommensarten zur Beitragsbemessung herangezogen.
2. Durch einen zusätzlichen Beitrag im Solidarsystem wird eine Demographiereserve gebildet.
3. Die Leistungen der Pflege-Bürgerversicherung werden jährlich regelgebunden dynamisiert.
4. Alle Versicherten erhalten einen Anspruch auf individuelle Pflege- und Wohnberatung, Aufklärung, Unterstützung und Begleitung durch ein neutrales und unabhängiges Fall-Management.
5. Zur Stärkung und zum Erhalt der privaten und informellen Pflegebereitschaft wird eine maximal dreimonatige gesetzliche Pflegezeit für Frauen und Männer zur Übernahme notwendig gewordener Pflege

eingeführt. Die Pflegezeit ist mit einem Anspruch auf eine steuerfinanzierte Lohnersatzleistung in Höhe von 50 Prozent des Nettogehalts (maximal 1 000 Euro) verbunden.

6. Das integrierte Budget für Menschen mit Behinderungen wird in ein trägerübergreifendes persönliches Budget nach SGB IX überführt.
7. Für die Nutzerinnen und Nutzer werden öffentlich zugängliche, verständlich formulierte, vergleichbare und neutrale Informationen zu Preisen, Leistungen und zur Qualität von Pflegeangeboten bereitgestellt. Es wird eine unabhängige und multidisziplinär besetzte Instanz für Qualität in der Pflege errichtet.

c) Antrag auf Drucksache 16/7472

Aus Sicht der Fraktion DIE LINKE. müssen sich die Leistungen der Pflegeabsicherung langfristig am individuellen Bedarf und am Ziel der gesellschaftlichen Teilhabe orientieren. Dies erfordere den schrittweisen Ausbau von Pflege- und Assistenzleistungen. Die Bundesregierung wird daher aufgefordert, noch in dieser Legislaturperiode einen Gesetzentwurf für eine schrittweise Reform der Pflegeabsicherung vorzulegen und zu verabschieden. Zentrale Bestandteile sollen sein: 1. die Neudefinition des Pflegebegriffs, 2. die Gewährleistung einer Wahlmöglichkeit geschlechtergleicher Pflege bzw. Assistenz, 3. eine grundlegende Überarbeitung des Begutachtungsverfahrens, 4. die Überwindung des starren Pflegestufenmodells und 5. die Verankerung der Pflegeversicherung als Rehabilitationsträger im SGB IX. Gleichzeitig soll das Pflegerisiko durch ein Präventionsgesetz verringert werden.

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. sieht zudem ein Sofortprogramm mit folgenden Kernelementen vor:

- Der 15-prozentige Realwertverlust der Pflegeleistungen ist unverzüglich auszugleichen. Außerdem sind die Sachleistungsbeträge um weitere 25 Prozent anzuheben. Ab 2009 sind die Leistungen jährlich zu dynamisieren. Der zusätzliche Leistungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ist auf 6 000 Euro jährlich anzuheben.
- Es soll eine sechswöchige bezahlte Pflegezeit für Erwerbstätige eingeführt werden, die der Organisation der Pflege von Angehörigen oder nahestehenden Personen dient. In dieser Zeit erhalten abhängig Beschäftigte eine Lohnersatzleistung in Höhe des Arbeitslosengeldes I. Es besteht Kündigungsschutz.
- Im Bereich der Pflege wird eine solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung eingeführt, damit die dringend erforderlichen Leistungsverbesserungen solide und gerecht finanziert werden können. Die Trennung zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung ist aufzuheben. Hierfür sind alle, unabhängig von ihrem beruflichen Status, in die gesetzliche Pflegeversicherung einzubeziehen. Sämtliche Einkommen werden beitragspflichtig und mit einem einheitlichen Beitragssatz belegt. Die Beitragsbemessungsgrenze wird stufenweise angehoben.

d) Antrag auf Drucksache 16/7491

Nach Auffassung der Fraktion der FDP wird die nach dem Umlageverfahren organisierte Pflegeversicherung die Folgen einer alternden und schrumpfenden Gesellschaft nicht

bewältigen können. Weitere Strukturdefizite kämen hinzu: 1. Im Rahmen der Sachleistung habe der Pflegebedürftige kaum Möglichkeiten, die Hilfeleistungen nach individuellen Bedürfnissen zusammenzustellen. 2. Die Pflege sei mit Gesetzen und Verordnungen überfrachtet. 3. Es fehle an Transparenz bezüglich der Qualität der Pflege. 4. Die Pflegeversicherung sei zu wenig am Wettbewerb ausgerichtet.

Aus Sicht der Fraktion der FDP bildet ein gleitender Übergang in ein kapitalgedecktes, prämienfinanziertes Versicherungssystem den Eckpfeiler für ein schlüssiges Reformkonzept in der Pflege. Ohne einen solchen Systemwandel sei weder das heutige Leistungsniveau mittel- bis langfristig zu halten, noch seien Leistungsausweitungen realisierbar. Durch einen steuerfinanzierten sozialen Ausgleich soll eine Überforderung des Einzelnen durch einkommensunabhängige Prämien verhindert werden. Kinder sind beitragsfrei mitversichert.

Pflegebedürftige sollen die Chance erhalten, Pflegeleistungen nach ihren individuellen Bedürfnissen auszuwählen und zusammenzustellen. Um die Selbständigkeit der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen und ihre Rolle als souveräne Kunden zu fördern, soll die Leistungsgewährung nach Möglichkeit durch eine differenzierte Geldleistung ersetzt werden. Dabei stellen Budget- oder Gutscheinmodelle eine Alternative dar. Bei der Verwendung der Mittel soll eine höhere Wahlfreiheit ermöglicht werden. Bei Demenzkranken muss sichergestellt werden, dass die geltenden Regelungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Praxis so angewandt werden, dass dies nicht zu einer Benachteiligung führt.

Zur Sicherung der Qualität der Pflege ist nach Meinung der Antragsteller eine Verstärkung des Wettbewerbs erforderlich. Pflegeeinrichtungen sollen einen Qualitätsvergleich (Benchmarking) nach bundeseinheitlichen Kriterien durchführen, der sich an der Ergebnisqualität orientiert. Die Leistungsanbieter müssten konsequent von bürokratischen Hemmnissen entlastet werden. Nötig sei ein Paradigmenwechsel, der an die Stelle einer starren Regulierung von Strukturen und Prozessen die Fokussierung auf das Pflegeergebnis setze.

e) Unterrichtung auf Drucksache 16/7772

Der Vierte Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung gibt einen umfassenden Überblick über die Situation der Pflegeversicherung sowie Detailinformationen insbesondere über die Zahl der Leistungsbezieher, die finanzielle Situation der Pflegeversicherung, die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Pflegeinfrastruktur, die Qualitätssicherung in der Pflege und andere Bereiche der pflegerischen Versorgung und Betreuung in den Jahren 2004 bis 2006 und bezieht auch neuere Entwicklungen mit ein. Zudem geht der Bericht auf sonstige Initiativen und Modellvorhaben der Bundesregierung ein.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Der **Innenausschuss** hat in seiner 62. Sitzung am 5. März 2008 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktionen FDP und DIE LINKE. be-

schlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 16/7136 abzulehnen. Ferner empfiehlt der Ausschuss, den Vierten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung auf Drucksache 16/7772 zur Kenntnis zu nehmen.

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 92. Sitzung am 12. März 2008 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 16/7439, 16/7486 in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD im federführenden Ausschuss (Ausschussdrucksache 16(14)0359) anzunehmen. Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion DIE LINKE., den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 16/7136 abzulehnen. Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der FDP, den Antrag der Fraktion der FDP auf Drucksache 16/7491 abzulehnen.

Der **Finanzausschuss** hat in seiner 86. Sitzung am 5. März 2008 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktionen FDP und DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 16/7136 abzulehnen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 65. Sitzung am 12. März 2008 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 16/7439, 16/7486 in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD im federführenden Ausschuss (Ausschussdrucksache 16(14)0359) anzunehmen. Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion DIE LINKE., den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 16/7136 abzulehnen. Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der FDP, den Antrag der Fraktion der FDP auf Drucksache 16/7491 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz** hat in seiner 72. Sitzung am 5. März 2008 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 16/7136 abzulehnen. Ferner empfiehlt der Ausschuss, den Vierten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung auf Drucksache 16/7772 zur Kenntnis zu nehmen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 80. Sitzung am 12. März 2008 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 16/7439, 16/7486 in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD im federführenden Ausschuss (Ausschussdrucksache 16(14)0359) sowie mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen CDU/CSU, SPD und DIE LINKE. den Entschließungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD im federführenden Ausschuss anzunehmen. Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion DIE LINKE., den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 16/7136 abzulehnen. Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 16/7472 abzulehnen. Des Weiteren empfiehlt er mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der FDP, den Antrag der Fraktion der FDP auf Drucksache 16/7491 abzulehnen. Ferner empfiehlt der Ausschuss, den Vierten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung auf Drucksache 16/7772 zur Kenntnis zu nehmen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 52. Sitzung am 12. März 2008 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 16/7439, 16/7486 in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD im federführenden Ausschuss (Ausschussdrucksache 16(14)0359) anzunehmen. Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion DIE LINKE., den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 16/7136 abzulehnen. Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen CDU/CSU, SPD, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion DIE LINKE., den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 16/7472 abzulehnen. Des Weiteren empfiehlt er mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der FDP, den Antrag der Fraktion der FDP auf Drucksache 16/7491 abzulehnen. Ferner empfiehlt der Ausschuss, den Vierten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung auf Drucksache 16/7772 zur Kenntnis zu nehmen.

Der Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat sich am 6. März 2008 im Rahmen der Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 16/7439, 16/7486 der

Stellungnahme des Unterausschusses „Bürgerschaftliches Engagement“ mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen FDP und DIE LINKE. angeschlossen. Die Stellungnahme hat folgenden Wortlaut:

Die Pflege und Betreuung im Alter steht vor dem Hintergrund sich abzeichnender gesellschaftlicher Veränderungen vor neuen großen Herausforderungen. Durch die demographische Entwicklung ist künftig mit einer steigenden Lebenserwartung und einer Zunahme des Anteils der älteren und pflegebedürftigen Menschen an der Gesamtbevölkerung zu rechnen. Gleichzeitig werden die Unterstützungskapazitäten von Angehörigen durch steigende Anforderungen an die berufliche Mobilität und Flexibilität sowie durch den prognostizierten weiteren Anstieg von Kleinfamilien und Einpersonenhaushalten tendenziell abnehmen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, rechtzeitig bedarfsorientierte, komplementäre Hilfsangebote zur Unterstützung familiärer Pflegearrangements zu schaffen, um die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen zu verbessern. Dabei gewinnt auch das bürgerschaftliche Engagement bei der Pflege und Betreuung an Bedeutung.

Bereits die Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ hat in ihrem Abschlussbericht gefordert, dass neben Pflege- und Krankenkassen, Kreisen, Gemeinden und Ländern auch andere Akteure stärker auf die im Pflegeversicherungsgesetz geforderte „neue Kultur der Hilfe und der mitmenschlichen Zuwendung“ hinwirken sollten und dass dabei lokale und nachbarschaftliche Unterstützungspotenziale einzubeziehen seien. Mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz im Jahr 2002 wurde die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements bei niedrigschwelligen Hilfs- und Betreuungsangeboten für demenzkranke Pflegebedürftige im Rahmen der Pflegeversicherung erstmals berücksichtigt.

Der Unterausschuss „Bürgerschaftliches Engagement“ begrüßt prinzipiell, dass mit dem vorliegenden „Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ (Bundestagsdrucksache 16/7439) die Rahmenbedingungen für bürgerschaftliches Engagement in der Pflege weiter verbessert werden sollen, insbesondere

- durch die in § 45d SGB XI neu eingeführte Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe zur Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie von deren Angehörigen,
- durch die Erhöhung der Finanzmittel zur Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote aus den Mitteln der Pflegekasse zur Unterstützung und allgemeinen Betreuung der Pflegebedürftigen und zur Entlastung der pflegenden Angehörigen,
- durch die Möglichkeit zur Förderung notwendiger Personal- und Sachkosten für die fachliche Anleitung, Planung, Organisation und Schulung bürgerschaftlich Engagierter sowie für den Ersatz der den ehrenamtlich Tätigen selbst entstehenden Aufwendungen.

Aus Sicht des Unterausschusses „Bürgerschaftliches Engagement“ kommt es allerdings wesentlich auf die konkrete Ausgestaltung und Umsetzung der gesetzlichen Regelungen an. Dabei sollte sichergestellt werden,

- dass die Einbindung von bürgerschaftlichem Engagement bei wohnortnahen Beratungsstellen ausgebaut wird. Daher sollte eine enge Kooperation und Vernetzung dieser Stellen und Dienste mit bereits bestehenden lokalen Infrastruktureinrichtungen des bürgerschaftlichen Engagements (Freiwilligenagenturen, Selbsthilfekontaktstellen) vorgesehen werden, da diese über umfassende und langjährige Erfahrungen in der lokalen Engagementförderung verfügen;
- dass neben den Leistungsträgern und Leistungserbringern den für die Wahrnehmung der Interessen der betroffenen maßgeblichen Spitzenorganisationen und der Verbände der Menschen mit Behinderungen und Pflegebedürftigen ein Mitwirkungsrecht bei den Empfehlungen zu den Voraussetzungen, zu Inhalt und Höchstumfang der Förderung bürgerschaftlichen Engagements eingeräumt wird.

Bürgerschaftliches Engagement kann und soll die bezahlte Arbeit in der professionellen Pflege nicht ersetzen, kann sie aber – ebenso wie die familiären Hilfesysteme – in vielfältiger Weise ergänzen und qualitativ bereichern. Damit ehrenamtlich und hauptamtlich Engagierte auf gleicher Augenhöhe zusammenarbeiten können, ist die vorgesehene Finanzierungsmöglichkeit von Kosten für Qualifizierung und Fortbildung der bürgerschaftlich Engagierten ein wichtiger Schritt. Weiterer Handlungsbedarf besteht aus Sicht des Unterausschusses jedoch auch bei der professionellen Ausbildung in den sozialen Berufen. In den entsprechenden Curricula sollten die Kooperation mit Engagierten und die Auseinandersetzung mit Potenzialen und Grenzen des bürgerschaftlichen Engagements zu einem integralen Bestandteil werden.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 69. Sitzung am 12. Dezember 2007 beschlossen, zu dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz auf Drucksachen 16/7439, 16/7486 sowie zu gegebenenfalls weiteren dem Ausschuss zu diesem Themenbereich vorliegenden Gesetzentwürfen oder Anträgen eine Anhörung durchzuführen. In seiner 70. Sitzung am 16. Januar 2008 hat der Ausschuss die Beratungen über den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 16/7439, 16/7486, den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 16/7136, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 16/7472 und den Antrag der Fraktion der FDP auf Drucksache 16/7491 aufgenommen.

Der erste Teil der öffentlichen Anhörungen fand als 71. Sitzung am 21. Januar 2008 statt und betraf die Themenfelder Abbau von Schnittstellen, Entbürokratisierung, Qualitätssicherung, Hilfsmittel, Rehabilitation und Prävention. Als sachverständige Verbände waren eingeladen:

AOK-Bundesverband (AOK-BV), BKK Bundesverband (BKK BV), IKK-Bundesverband (IKK-BV), Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK), Knappschaft, See-Krankenkasse (See-KK), Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./AEV-Arbeiter-Ersatzkassen Verband e. V. (VdAK/AEV), Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK), Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO), Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP), Arbeitsgemeinschaft der deutschen Familienorganisationen e. V. (AGF), Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst

und Wohlfahrtspflege (BGW), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen e. V. (bagfa), Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik, Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e. V. (BIVA), Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V. (BUKO-QS), Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e. V., Bundesverband der Berufsbetreuer/-innen e. V. (BdB), Bundesverband der Deutschen Industrie e. V. (BDI), Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e. V. (BKSB), Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V. (BVKM), Bundesverband für Rehabilitation und Interessenvertretung Behinderter e. V. (BDH), Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesverband unabhängiger Pflegefachverständiger und PflegeberaterInnen e. V. (BvPP), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (BVLH), Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (DAIzG), Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC), Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP), Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V. (DGVP), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutscher Behindertenrat (DBR), Deutscher Berufsverband für Altenpflege e. V. (DBVA), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK), Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP), Deutscher Frauenrat e. V. (DF), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (DHPV), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Deutscher Pflegeverband e. V. (DPV), Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK), Deutsches Zentrum für Altersfragen e. V. (DZA), Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (EKD), Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V. (ForseA), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Medizinischer Dienst der Spitzenverbände 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 e. V. (vzbv), Volkssolidarität – Bundesverband e. V. (VS), Zentralverband des Deutschen Handwerks e. V. (ZdH), Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST).

Außerdem waren als Einzelsachverständige Thomas Eisenreich, Otto Frey, Prof. Dr. Martina Hasseler, Helmut Wallrafen-Dreisow und Dr. Joachim Wilbers eingeladen.

Der zweite Teil der öffentlichen Anhörungen fand in der 72. Sitzung ebenfalls am 21. Januar 2008 zu den Themenfeldern Stärkung der Versorgung, Pflegestützpunkte, Pflegezeit, Pflegebegriff und demenzielle Versorgung statt. Als sachverständige Verbände waren eingeladen:

AOK-Bundesverband (AOK-BV), BKK Bundesverband (BKK BV), IKK-Bundesverband (IKK-BV), Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK), Knappschaft, See-Krankenkasse (See-KK), Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./AEV-Arbeiter-Ersatzkassen Verband e. V. (VdAK/AEV), Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK), Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO), Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP), Arbeitsgemeinschaft der deutschen Familienorganisationen e. V. (AGF), Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen e. V. (bagfa), Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesinventionsverband für Orthopädie-Technik, Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e. V. (BIVA), Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e. V., Bundesverband der Berufsbetreuer/-innen e. V. (BdB), Bundesverband der Deutschen Industrie e. V. (BDI), Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e. V. (BKSB), Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V. (BVKM), Bundesverband für Rehabilitation und Interessenvertretung Behinderter e. V. (BDH), Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesverband unabhängiger Pflegesachverständiger und PflegeberaterInnen e. V. (BvPP), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (BVLH), Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (DAIzG), Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC), Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP), Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V. (DGVP), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutscher Behindertenrat (DBR), Deutscher Berufsverband für Altenpflege e. V. (DBVA), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK), Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP), Deutscher Frauenrat e. V. (DF), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (DHPV), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Deutscher Pflegeverband e. V. (DPV), Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK), Deutsches Zentrum für Altersfragen e. V. (DZA), Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (EKD), Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e. V. (ForseA), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kuratorium Deutsche

Altershilfe (KDA), Medizinischer Dienst der Spitzenverbände 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 e. V. (vzbv), Volkssolidarität – Bundesverband e. V. (VS), Zentralverband des Deutschen Handwerks e. V. (ZDH), Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST).

Außerdem waren als Einzelsachverständige Otto Frey, Claus Füssek, Dietmar J. Herdes, Katrin Kollex, Prof. Dr. Hugo Mennemann, Siegfried Pogadl, Prof. Dr. Gregor Thüsing, Prof. Dr. Felix Welti, Dr. Peter Weskamp und Dr. Joachim Wilbers eingeladen.

Der dritte Teil der öffentlichen Anhörungen fand als 74. Sitzung am 23. Januar 2008 statt und betraf die Finanzierung und die PKV. Als sachverständige Verbände waren eingeladen:

AOK-Bundesverband (AOK-BV), BKK Bundesverband (BKK BV), IKK-Bundesverband (IKK-BV), Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK), Knappschaft, See-Krankenkasse (See-KK), Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./AEV-Arbeiter-Ersatzkassen Verband e. V. (VdAK/AEV), Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO), Arbeitsgemeinschaft der deutschen Familienorganisationen e. V. (AGF), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e. V., Bundesverband der Deutschen Industrie e. V. (BDI), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V. (DGVP), Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Frauenrat e. V. (DF), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV), Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK), Deutsches Zentrum für Altersfragen e. V. (DZA), Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (EKD), Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), ver.di Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Volkssolidarität – Bundesverband e. V. (VS), Zentralverband des Deutschen Handwerks e. V. (ZDH), Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST).

Außerdem waren als Einzelsachverständige Prof. Dr. Eckart Bomsdorf, Jens Kaffenberger, Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen, Prof. Dr. Heinz Rothgang, Prof. Dr. Winfried Schmähl und Prof. Dr. Helge Sodan eingeladen.

Der vierte Teil der öffentlichen Anhörungen fand als 75. Sitzung ebenfalls am 23. Januar 2008 statt und betraf die berufsrechtlichen Fragestellungen. Als sachverständige Verbände waren eingeladen:

AOK-Bundesverband (AOK-BV), BKK Bundesverband (BKK BV), IKK-Bundesverband (IKK-BV), Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK), Knappschaft, See-Krankenkasse (See-KK), Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./AEV-Arbeiter-Ersatzkassen Ver-

band e. V. (VdAK/AEV), Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO), Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP), Arbeitsgemeinschaft der deutschen Familienorganisationen e. V. (AGF), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freiwilligenagenturen e. V. (bagfa), Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e. V., Bundesärztekammer (BÄK), Bundesinventionsverband für Orthopädie-Technik, Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e. V. (BIVA), Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V. (BUKO-QS), Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen (bad) e. V., Bundesverband der Berufsbetreuer/-innen e. V. (BdB), Bundesverband der Deutschen Industrie e. V. (BDI), Bundesverband der Freien Berufe (BFB), Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e. V. (BKSB), Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesverband unabhängiger Pflegesachverständiger und PflegeberaterInnen e. V. (BvPP), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC), Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP), Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V. (DGVP), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Deutscher Behindertenrat (DBR), Deutscher Berufsverband für Altenpflege e. V. (DBVA), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK), Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP), Deutscher Facharztverband e. V. (DFV), Deutscher Frauenrat e. V. (DF), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hausärzterverband e. V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (DHPV), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Deutscher Pflegeverband e. V. (DPV), Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten e. V. (ZVK), Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK), Deutsches Zentrum für Altersfragen e. V. (DZA), Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (EKD), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Medizinischer Dienst der Spitzenverbände 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 e. V. (vzbv), Volkssolidarität – Bundesverband e. V. (VS), Zentralverband des Deutschen Handwerks e. V. (ZDH), Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST).

Außerdem waren als Einzelsachverständige Prof. Dr. Christel Bienstein, Prof. Dr. Stefan Görres, Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Dr. Susanne Jassim-Guddorp, Dr. Wolfram Johannes, RA Robert Roßbruch und Dr. Theodor Windhorst eingeladen.

Auf die entsprechenden Wortprotokolle und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der eingeladenen Verbände und der Sachverständigen wird Bezug genommen.

In der 76., 77. und 78. Sitzung am 13. und 20. Februar sowie am 5. März 2008 hat der Ausschuss seine Beratungen fortgesetzt. In der 79. Sitzung am 12. März 2008 hat der Ausschuss sie abgeschlossen. Als Ergebnis empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 16/7439, 16/7486 anzunehmen. Weiterhin empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktionen FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Entschließungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Gesetzentwurf auf Drucksache 16/7439 anzunehmen. Mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion und DIE LINKE. empfiehlt er, den Antrag auf Drucksache 16/7136 abzulehnen. Mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN empfiehlt er, den Antrag auf Drucksache 16/7472 abzulehnen. Mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP empfiehlt er, den Antrag auf Drucksache 16/7491 abzulehnen. Ferner empfiehlt er mit den Stimmen aller Fraktionen, die Unterrichtung der Bundesregierung auf Drucksache 16/7772 zur Kenntnis zu nehmen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 16/7439, 7486 beschlossen. Diese betreffen in der Hauptsache nachfolgende Bereiche:

Geschlechtsspezifische und kultursensible Belange in der Pflege

Es soll in der pflegerischen Versorgung Rücksicht genommen werden auf geschlechtsspezifische Unterschiede. Außerdem soll in der Pflege den kulturell bedingt unterschiedlichen Bedürfnissen von pflegebedürftigen Menschen Rechnung getragen werden. Durch die Änderung wird kein Anspruch auf die Durchführung bestimmter Maßnahmen etwa gegen Einrichtungsträger begründet (Artikel 1 Nr. 1a (§ 1 SGB XI)).

Pflegestützpunkte und Pflegeberatung

Die Änderungsanträge sehen Anpassungen zur Pflegeberatung und den Pflegestützpunkten vor, die beide in engem Zusammenhang stehen (Artikel 1 Nr. 4 (§ 7a SGB XI; Artikel 1 Nr. 57 (§ 92c SGB XI)).

Die Anpassungen bei der Pflegeberatung betreffen nachfolgende Regelungen

- Präzisierung des Inhaltes des Versorgungsplanes;
- Sicherstellung, dass der Versorgungsplan nicht in die Hoheit anderer Träger eingreift;

- Sicherstellung der personellen Kontinuität bei der Beratung als Selbstverständlichkeit nicht mehr im Gesetz selbst;
- Entgegennahme und Weiterleitung von Leistungsanträgen nach dem SGB XI und dem SGB V;
- Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Anzahl und Qualifikation der Pflegeberater erhalten Empfehlungscharakter;
- Ausweitung der im Entwurf genannten Grundqualifikationen auf Sozialarbeiter;
- Sicherstellung, dass Beratungsaufgaben (ohne die Befugnis zur Leistungsentscheidung) auch gänzlich auf Dritte übertragen werden können;
- Verdeutlichung, dass auch die Unternehmen der privaten Pflegeversicherung eine abgestimmte Bereitstellung von Pflegeberatern (entweder durch Inanspruchnahme der Pflegekassen oder durch Vereinbarungen untereinander) sicherstellen können.

Die Änderungen bei den Pflegestützpunkten beziehen sich auf folgende Regelungen:

- Die Pflicht der Pflege- und Krankenkassen zur Errichtung der Pflegestützpunkte wird an die Voraussetzung geknüpft, dass das jeweilige Land Pflegestützpunkte aufbauen will.
- Darüber hinaus werden Bundesempfehlungen und Landesrahmenvereinbarungen vorgesehen.

Zur Flankierung der Regelung über die Pflegestützpunkte wird im SGB XII eine Vorschrift vorgesehen, die die Zusammenarbeit der Sozialhilfeträger mit den übrigen Beteiligten im Pflegestützpunkt betont. Eine Pflicht zur Zusammenarbeit kann aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht festgeschrieben werden (Artikel 7 (§ 4 SGB XII)).

Versorgung demenziell erkrankter Menschen

Die Erhöhung des zusätzlichen Betreuungsbetrages bei häuslicher Pflege soll sich künftig nach dem jeweiligen Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs richten. Zum Zweck der Kostenerstattung werden hier statt bisher 460 Euro jährlich nun 100 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag) zur Verfügung stehen. Dies dient insbesondere der Inanspruchnahme von niedrigschwelligem Angeboten zur Entlastung von Angehörigen (Artikel 1 Nr. 28 (§ 45b SGB XI)).

Es werden auch im stationären Bereich gezielt Mittel eingesetzt, um die Betreuung demenziell Erkrankter zu verbessern. Durch die Finanzierung von zusätzlichem Personal wird die Betreuung in Heimen für die dort lebenden Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erheblich gestärkt (Artikel 1 Nr. 53a (§ 87b SGB XI) – neu –).

Beitragszahlung für Pflegepersonen an die Rentenversicherung, Verhinderungspflege

Eine weitere Änderung betrifft die Beitragszahlungen zur Rentenversicherung auch bei Urlaub der Pflegeperson. Dies war bislang nicht möglich (Artikel 1 Nr. 16 (§ 34 SGB XI)).

Verkürzung der Wartezeit bei Verhinderungspflege

Die Wartezeit für die erstmalige Inanspruchnahme der Verhinderungs- bzw. Urlaubspflege soll von bisher zwölf auf sechs Monate verkürzt werden (Artikel 1 Nr. 19 (§ 39 SGB XI)).

Kurzzeitpflege für pflegebedürftige Kinder

Ein Änderungsantrag sieht vor, dass künftig pflegebedürftige Kinder Leistungen der Kurzzeitpflege auch in solchen Einrichtungen erhalten, die für sie besser geeignet sind als Pflegeheime (Artikel 1 Nr. 22 (§ 42 SGB XI)).

Niedrigschwellige Angebote

Über die im Gesetzentwurf bereits enthaltene Erhöhung der Fördermittel von 10 Mio. Euro auf 15 Mio. Euro hinaus ist noch eine weitere Erhöhung der Fördermittel auf 25 Mio. Euro. vorgesehen. Durch die notwendigen Komplementär-mittel der Länder erhöht sich der Gesamtförderbetrag auf 50 Mio. Euro (Artikel 1 Nr. 29 (§ 45c SGB XI)).

Qualitätssicherung

Qualitätsberichte werden der Öffentlichkeit und damit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zugänglich gemacht. Dies soll, so sieht es ein Änderungsantrag vor, auch in dem Pflegeheim selbst geschehen, z. B. in Form eines Ampel- oder Sterne-Systems, sowie mit der Verpflichtung, eine Zusammenfassung des jeweils letzten Prüfberichtes an gut sichtbarer Stelle im Heim selbst auszuhängen. Außerdem soll ab 2011 ein einjähriger Prüfturnus des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) eingeführt werden. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Ergebnisqualität. Qualitätsprüfungen werden grundsätzlich unangemeldet durchgeführt.

Prüfergebnisse aus Zertifizierungen können nur noch eingeschränkt geltend gemacht werden, der MDK prüft in jedem Fall die Ergebnisqualität (Artikel 1 Nr. 72 (§ 114 – Qualitätsprüfungen), Artikel 1 Nr. 73 (§ 114a – Durchführung der Qualitätsprüfungen), Artikel 1 Nr. 74 (§ 115 – Ergebnisse von Qualitätsprüfungen)).

Änderungen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Versorgungsmanagement

Bei der Regelung über das Versorgungsmanagement wird die Bedeutung der Zusammenarbeit mit der Pflege und den Pflegeberatern hervorgehoben (Artikel 6 Nr. 3 (§ 11 SGB V)).

Zahlungen wegen nicht erbrachter Rehabilitation

Nach dem Gesetzentwurf hat die Krankenkasse an die Pflegekasse eine Ausgleichszahlung für nicht rechtzeitig erbrachte Rehabilitationsmaßnahmen zu leisten. Es wird eine Verdoppelung des Betrags von 1 536 auf 3 072 Euro in einem Änderungsantrag vorgeschlagen, um die Motivation für die Krankenkassen zu erhöhen, die entsprechenden Leistungen zeitnah zu erbringen (Artikel 6 Nr. 6 (§ 40 SGB V)).

Modellvorhaben zur Übertragung medizinischer Kompetenz auf Heilberufe

Bei den Modellvorhaben zur Übertragung medizinischer Kompetenz auf nichtärztliche Heilberufe soll der Gemein-

same Bundesausschuss in Richtlinien festlegen, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde auf die Angehörigen nichtärztlicher Heilberufe im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann. Die Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss dient der einheitlichen Handhabung und der Akzeptanz der Regelung. Wegen der Auswirkungen auf das Berufsbild sowohl der Ärzte als auch der betroffenen Berufsgruppen der Pflege sind die Bundesärztekammer und die maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe bei der Erstellung der Richtlinien zu beteiligen. Der Änderungsantrag hat ferner zum Ziel, den Krankenkassen Modellvorhaben im Bereich der Physiotherapie zu ermöglichen.

In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass die im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen der Ausbildungsordnungen sich nur auf die erforderliche Zusatzqualifikation beziehen (Artikel 6 Nr. 8 (§ 63 SGB V)).

Abrechenbarkeit delegierter ärztlicher Tätigkeiten

Außerdem soll die Abrechenbarkeit delegierter ärztlicher Tätigkeiten vereinfacht werden (Stichwort: Modellprojekt Schwester AGnES) (Artikel 6 Nr. 8a (§ 87 SGB V) – neu –).

Verordnung von Leistungen im Rahmen der ambulanten Krankenhausbehandlung

Mit einem weiteren Antrag wird klargestellt, dass Krankenhäuser, die zur ambulanten Behandlung zugelassen sind, zur Verordnung von Arzneimitteln und weiteren Leistungen berechtigt sind. Im Rahmen der ambulanten Behandlung sollen notwendige Verordnungen weiterer Leistungen aus einer Hand erfolgen können, soweit diese zur Behandlung der Indikationen notwendig sind, für die das Krankenhaus zugelassen ist (Artikel 6 Nr. 9a (§ 116b SGB V); Artikel 16a (§ 14 ApoG) – neu –).

Ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Eine Änderung bei der sog. Heimarztregelung betont den Vorrang von Kooperationsverträgen vor einer Ermächtigung einer stationären Pflegeeinrichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit angestellten Ärztinnen und Ärzten. Hierzu können die Pflegeeinrichtungen bei entsprechendem Bedarf Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen. Möglich sind dabei auch gemeinsame Kooperationsverträge mehrerer Pflegeeinrichtungen. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung bleibt hiervon unberührt. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die KV zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung Kooperationsverträge anzustreben. Kommt ein Kooperationsvertrag nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen (Artikel 6 Nr. 10 (§ 119b SGB V)).

Regionale Qualitätsvereinbarungen

Mit dieser Vorschrift wird es den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen ermöglicht, für ihren Bezirk Qualitätsprogramme aufzulegen sowie erfolgreich etablierte Qualitätsoffensiven fortzuführen bzw. weiterzuentwickeln. Hierfür wird ihnen die Kompetenz eingeräumt,

regionale Vergütungsvereinbarungen zu schließen, mit denen genau zu bestimmende qualitätsgesicherte Leistungen gefördert werden können (Artikel 6 Nr. 12a (§ 136 SGB V) – neu –).

Meldepflicht für Ärzte bei Krankheiten infolge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen

Mit der Neufassung der Vorschrift wird auf den § 52 Abs. 2 SGB V in der Fassung des Gesetzentwurfs für das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz verwiesen und damit klargestellt, dass sich die Pflicht zur Weitergabe von Daten nur auf die dort genannten Fälle beschränkt, weil in der Neufassung des § 52 Abs. 2 SGB V der Beispielscharakter gestrichen wird (Artikel 6 Nr. 15 (§ 294a SGB V)).

Sonstiges/Redaktionelles

Darüber hinaus sind einige technische und redaktionelle Anpassungen zum Gesetzentwurf hervorzuheben.

Einsatz Ehrenamtlicher in der Betreuung

Es soll klargestellt werden, dass die Darstellung der Möglichkeiten zum Einsatz Ehrenamtlicher in den Vereinbarungen auf Landesebene (Landesrahmenverträge) nur die Betreuung und nicht die Versorgung der Pflegebedürftigen umfasst, weil die „Versorgung der Pflegebedürftigen“ eine Domäne der professionellen Pflegekräfte ist (Artikel 1 Nr. 42 (§ 75 SGB XI)).

Beteiligungsrechte der Kommunen und Sozialhilfeträger

Es wird erlaubt, dass sich in den Vereinbarungen der Selbstverwaltung auf Bundesebene (sog. Bundesvereinbarungen) auch die kommunalen Spitzenverbände und die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger an der Erarbeitung der „Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung“, die die Pflege-Buchführungsverordnung ablösen kann, beteiligen können (Artikel 1 Nr. 42 (§ 75 SGB XI)).

Schiedsperson

Der Spruch einer Schiedsperson, die anstatt der Schiedsstelle über die Regelung der Pflegevergütung entscheiden kann, einer begrenzten Kontrolle durch die Sozialgerichte unterworfen wird (Artikel 1 Nr. 43 (§ 76 SGB XI)).

Rückerstattung der Bonuszahlung bei misslungener Rehabilitation

Die Bonuszahlung der Pflegekasse an die stationäre Pflegeeinrichtung nach einer pflegestufenrelevanten Reha-Maßnahme wird rückabgewickelt, wenn die pflegebedürftige Person – aus welchen Gründen auch immer – innerhalb eines halben Jahres „wieder“ hochgestuft wird (Artikel 1 Nr. 53 (§ 87a SGB XI)).

Pflegezeit

Im Entwurf des Pflegezeitgesetzes (Artikel 3 des Gesetzentwurfs für ein Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) erfolgt eine redaktionelle Anpassung an den Sprachgebrauch des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG). In § 3 Abs. 4 des Entwurfs des Pflegezeitgesetzes, der die Geltendmachung dringender betrieblicher Gründe gegen die Reduzierung und Verteilung der Arbeitszeit bei teilweiser Frei-

stellung zum Gegenstand hat, wird in Satz 2 das Wort „Belange“ durch das Wort „Gründe“ ersetzt (Artikel 3 (§ 3 PflegeZG)).

In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 des Entwurfs des Pflegezeitgesetzes auch dann vorliegen kann, wenn Versorgungs- und Betreuungsmaßnahmen aufgrund eines Sterbeprozesses erforderlich werden. Eine „akut aufgetretene Pflegesituation“ im Sinne dieser Vorschrift kann daher auch den Fall des Sterbeprozesses umfassen.

Härtefallquoten

Die Neuregelungen in den §§ 36 und 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sehen vor, dass der neue Spitzenverband Bund der Pflegekassen kassenübergreifend die Einhaltung der Höchstquoten für die ambulanten und stationären Härtefälle gewährleistet. Es ist sichergestellt, dass der Spitzenverband Bund – ebenso wie die bisher für die Härtefallrichtlinien zuständigen Spitzenverbände der Pflegekassen – keine von einer Einzelkasse zur Verfügung gestellten Daten an andere Kassen unzulässigerweise weitergibt. Es handelt sich bei der Meldung der Zahl der Härtefälle um ein Verwaltungsverfahren, das bereits im Rahmen der geltenden Härtefallrichtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen praktiziert wird und am 1. Juli 2008 auf den neuen Spitzenverband Bund der Pflegekassen übergeht. Vor diesem Hintergrund bedarf es keiner besonderen Rechtsänderung.

Finanzielle Auswirkungen der Änderungsanträge

Aus den Änderungsanträgen ergeben sich folgende finanzielle Auswirkungen:

Maßnahmen	Jährliche Mehrausgaben gegenüber dem Kabinettentwurf
Staffelung der Zusatzleistung zu gleichen Anteilen 100 Euro und 200 Euro monatlich im ambulanten Bereich	kostenneutral
Finanzierung zusätzlicher Betreuungsangebote für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im stationären Bereich	200 Mio. Euro mittelfristig
Rentenrechtliche Absicherung auch während der Dauer eines Erholungsurlaubes der Pflegeperson	20 Mio. Euro
Verkürzung der Wartezeit bei häuslicher Verhinderungspflege von 12 auf 6 Monate	35 Mio. Euro
Kurzzeitpflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und in anderen geeigneten Einrichtungen für ambulant versorgte behinderte Kinder	10 Mio. Euro

Maßnahmen	Jährliche Mehrausgaben gegenüber dem Kabinettentwurf
weitere Erhöhung des Förderbetrags nach § 45c um 10 Mio. Euro	10 Mio. Euro
Verkürzung des Prüfturnus des MDK auf jährliche Prüfungen statt alle 3 Jahre, wie im Kabinettentwurf vorgesehen	insgesamt 47 Mio. Euro davon – 42 Mio. Euro SPV/ GKV – 5 Mio. Euro PPV
Mehrausgaben SPV insgesamt	mittelfristig 296 Mio. Euro

Aus der Verringerung der Anschubfinanzierung für die Pflegestützpunkte von 80 Mio. Euro auf 60 Mio. Euro ergeben sich einmalige Minderausgaben von 20 Mio. Euro.

Unter Berücksichtigung der oben zusammengestellten Maßnahmen ergibt sich für die Reform eine Reichweite bis etwa Mitte 2015.

Die Leistungsverbesserungen, die sich aus den Änderungsanträgen ergeben, haben auch Auswirkungen auf die private Pflege-Pflichtversicherung und die Beihilfeausgaben von Bund und Ländern. Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich mittelfristig Mehrausgaben von rund 8 Mio. Euro jährlich. Im Bereich der Beihilfe der Länder und Gemeinden von rund 5 Mio. Euro und für die Beihilfestellen des Bundes von rund 3 Mio. Euro.

Über die diesen Änderungen zugrunde liegenden Anträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD wurde im Wesentlichen en bloc abgestimmt. Sie wurden jeweils mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP angenommen. Einzelnen zur Abstimmung gestellt wurden die folgenden Änderungen:

- Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 9 (§ 18) betreffend Hospize wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP angenommen.
- Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 19 (§ 39) betreffend die Verkürzung der Wartezeit wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP angenommen.
- Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 29 (§ 45c) betreffend die Erhöhung des Förderbetrages wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP angenommen.
- Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 72 (§ 114) betreffend Qualitätsprüfungen wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP angenommen.

- Änderungsantrag zu Artikel 1 Nr. 74 (§ 115) betreffend Ergebnisse Qualitätsprüfungen wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP angenommen.
- Änderungsantrag zu Artikel 6 Nr. 8a (§ 87) betreffend Abrechenbarkeit delegierter ärztlicher Tätigkeiten wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP angenommen.

Darüber hinaus lagen dem Ausschuss weitere Änderungsanträge der Fraktionen DIE LINKE., FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vor, die mit Mehrheit abgelehnt wurden.

Die folgenden Änderungsanträge der Fraktion DIE LINKE. hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt:

1. Artikel 6 Nr. 7 (§ 52 SGB V) wird wie folgt geändert:

§ 52 Absatz 2 wird ersatzlos gestrichen.

2. Artikel 6 Nr. 15 c) (§ 294a SGB V) wird wie folgt geändert:

In dem vorgesehenen neuen Absatz 2 werden die Worte „oder durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing“ ersatzlos gestrichen.

Begründung:

Zu 1. Die Fraktion DIE LINKE. hat wie viele Verbände, Organisationen und Sachverständige die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz („Gesundheitsreform“ 2007) vorgenommene Erweiterung der Kostenbeteiligung der Patientinnen und Patienten im Falle sog. selbstverschuldeter Behandlungsbedürftigkeit kritisiert. In der Praxis ist der Begriff der medizinisch nicht indizierten Maßnahme unbestimmt und weit auslegungsfähig. Umsetzungsprobleme sind damit vorprogrammiert gewesen. Letztlich könnte jedwedes krankheitsverursachende Verhalten – wie Bewegungsmangel, Tabak- und Alkoholkonsum – sanktioniert werden. Die jetzt in Artikel 6 Nr. 7 des Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vorgesehene Änderung bestätigt nachträglich diese Kritik.

Die jetzt vorgesehene Beschränkung auf Erkrankungen durch medizinisch nicht indizierte Tätowierungen, Piercings und ästhetische Operationen ändert nichts an der grundsätzlichen Ablehnung. Die Beschränkung auf drei von prinzipiell vielen möglichen, vergleichbaren Ursachen ist willkürlich. Mehr aber noch ist sie ein grundsätzlicher Verstoß gegen das Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie ist Teil einer Gesundheitspolitik, in der die Leistungen der Krankenversicherungen weiter zurückgeschraubt werden sollen. „Schuldigen“ Kranken wird der Rückhalt der Solidargemeinschaft aller Krankenversicherungen genommen.

Zu 2. Die in Artikel 6 Nr. 15c vorgesehene Verpflichtung der Ärztinnen, Ärzte und Krankenhäuser, zukünftig die Krankenkassen über Erkrankungen von Patientinnen und Patienten infolge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercing zu unter-

richten, steht im unmittelbaren Zusammenhang mit der abgelehnten Änderung des § 52 SGB V. Sie bedeutet zudem eine Aushöhlung der ärztlichen Schweigepflicht und würde das Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnis erheblich beschädigen. Deshalb wird dieser schwerwiegende Eingriff abgelehnt.

Die folgenden Änderungsanträge der Fraktion der FDP hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der FDP abgelehnt:

Änderungsantrag 1

1. In Artikel 6 Nr. 15 c) (§ 294 a Abs. 2 SGB V) wird Satz 2 gestrichen.
2. In Artikel 6 Nr. 15 c) (§ 294 a Abs. 2 SGB V) wird am Ende von Satz 1 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Wortlaut eingefügt:

„sofern der Versicherte seine Einwilligung zu der Meldung erteilt hat. Dabei sind die Versicherten über den Grund für die Meldung nach Satz 1 und darüber zu informieren, welche Daten gemeldet werden sollen. Verweigert der Versicherte die Einwilligung, darf der Vertragsarzt die Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und das Krankenhaus die Behandlung zu Lasten der Krankenkasse verweigern. Der Vertragsarzt und das Krankenhaus sind berechtigt, in diesen Fällen die Behandlung aufgrund eines Behandlungsvertrages durchzuführen.“

Begründung:

Zu 1. Ärztinnen und Ärzte dürfen nicht ohne Einwilligung ihrer Patienten zu Informanten der Krankenkassen gemacht werden. Das Bundesverfassungsgericht misst dem Willen des Einzelnen große Bedeutung bei, die ärztliche Beurteilung seines Gesundheitszustandes vor fremden Einblicken zu bewahren. Wer sich in ärztliche Behandlung begibt, muss die Gewissheit haben, dass alles, was der Arzt im Rahmen seiner Berufsausübung über die gesundheitliche Verfassung seines Patienten erfährt, geheim bleibt und ohne Einwilligung des Patienten nicht weitergegeben werden darf. Andernfalls gerät das für den Erfolg einer ärztlichen Behandlung so wichtige Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient in Gefahr.

Eine Weiterleitung der Daten ohne Zustimmung des Patienten stellt einen unverhältnismäßigen Eingriff in das Arzt-Patienten-Verhältnis dar. Sie ist im Hinblick auf das Ziel, dass die Gemeinschaft der GKV-Versicherten vor un gerechtfertigter Leistungsanspruchnahme geschützt werden soll, auch nicht notwendig. Dieses Problem lässt sich ohne einen solch gravierenden Eingriff in das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient mit der unter Ziffer 2 formulierten Regelung lösen.

Zu 2. Durch die Regelung wird sichergestellt, dass die gesetzlichen Krankenkassen im Regelfall nicht ohne ihr Wissen für Leistungen in Anspruch genommen werden, die sich als Folge einer ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ergeben. In Fällen, in denen der Versicherte der Weitergabe der Informationen an die Krankenkasse widerspricht, darf die Behandlung zu Lasten der Krankenkasse verweigert werden und der Patient muss die Rechnung für die entsprechenden Leistungen privat bezahlen.

len. Die Regelung ermöglicht damit, ohne den Arzt zum Informanten der Krankenkasse zu machen, den notwendigen Schutz der Solidargemeinschaft vor ungerechtfertigter Inanspruchnahme, erhält aber gleichzeitig die im Rahmen eines Krankheitsgeschehens notwendige Flexibilität, eine Leistung im Ausnahmefall dennoch über die Krankenversicherung abzurechnen, wenn der behandelnde Arzt z. B. feststellt, dass die vorangegangene ästhetische Operation auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen war.

Änderungsantrag 2

1. Artikel 6 Ziffern 4 (§ 15 Abs. 1 Satz 1 SGB V) und 8 (§ 63 Abs. 3 b und Abs. 3c SGB V) werden gestrichen.
2. Als Folge werden die Artikel 15 und Artikel 16 ebenfalls gestrichen.
3. Artikel 6 wird durch folgende Regelung ergänzt:

„In § 64 SGB V wird hinter Absatz 1 folgender Absatz 1 a eingefügt:

(1 a) Die Krankenkassen und ihre Verbände können in Modellvorhaben, deren Grundlagen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund vereinbart worden sind, mit einzelnen Vertragsärzten, mit Gemeinschaften dieser Leistungserbringer oder mit Kassenärztlichen Vereinigungen eine Delegation ärztlicher Tätigkeiten an andere medizinische Fachberufe erproben. Sie haben dabei sicherzustellen, dass die Delegation nur bei Vorliegen der notwendigen Qualifikation erfolgen kann. Die Vereinbarungen haben ferner zu berücksichtigen, dass die Gesamtverantwortung für die Behandlung eines Patienten bei dem behandelnden Arzt verbleibt.“

Begründung:

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Möglichkeit, dass Krankenkassen ohne Beteiligung der Ärzte Modellvorhaben vorsehen können, die eine inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer betreffen, ist im Hinblick darauf, dass nur einvernehmliche Lösungen, die für den Patienten notwendige Versorgungsqualität gewährleisten können, kontraproduktiv. Wenn hier keine Konsensbildung stattfindet, geht das zu Lasten der Patienten und schafft neue Schnittstellenprobleme. Darüber hinaus ist eine Verengung der Modellvorhaben auf Angehörige der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe eine Verengung, die den sich abzeichnenden Entwicklungen nicht in ausreichendem Maße Rechnung trägt. Vielmehr müssen die Verhandlungspartner unter Berücksichtigung der notwendigen Qualifikationsanforderungen Vereinbarungen auch im Hinblick auf andere Berufsgruppen, wie z. B. medizinische Fachangestellte, treffen können.

Den folgenden Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP abgelehnt:

Integriertes trägerübergreifendes Budget

- a) Neu: Artikel 1 Nr. 12 c) neu (§ 28 Abs. 5 neu SGB XI)

„c) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:

Leistungen der Pflegeversicherung sind nach § 17 Abs. 2 – 6, 159 Abs. 5 SGB IX auf Antrag zusammen

mit Leistungen zur Teilhabe in Form eines persönlichen Budgets zu erbringen, um den Leistungsberechtigten ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Die Budgetverordnung ist anzuwenden.“

- b) Neu: Artikel 1 Nr. 17 neu (§ 35 a SGB XI) „§ 35 a SGB XI entfällt.“

Aus derzeit Artikel 1 Nr. 17 (§ 36 SGB XI) wird entsprechend Nr. 18 usw.

Begründung:

Mit diesen beiden Neuregelungen wird sichergestellt, dass künftig Menschen mit Behinderungen, die ein trägerübergreifendes persönliches Budget nach § 17 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) beziehen, auch Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung als echtes Budget erhalten können (integriertes trägerübergreifendes Budget). Dies ist nach derzeitiger Rechtslage in Bezug auf das Pflegegeld und bei den Sachleistungen nur in Form von Gutscheinen möglich. Die positiven Erfahrungen beispielsweise aus dem Modellprojekt Integriertes Budget im Land Rheinland-Pfalz zeigen jedoch, dass die Zusammenführung von Leistungen der Teilhabe und der Pflegeversicherung eine äußerst sinnvolle Lösung ist, um eine selbstbestimmte Lebensführung und bedarfsgerechte Versorgung zu fördern. Durch die gesetzliche Deckelung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung ist damit auch die Höhe des Budgets im Bereich der Pflegeversicherung festgelegt.

Die Wissenschaftliche Begleitforschung zur Umsetzung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) verdeutlicht in ihrem Abschlussbericht vom Juli 2007, dass die bisherige Gutscheinregelung im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) die Inanspruchnahme trägerübergreifender persönlicher Budgets hemmt. Eine Auflösung der starren Kopplung des persönlichen Budgets an die Gutscheinregelung würde dem trägerübergreifenden persönlichen Budget demnach erheblichen Aufwind verleihen.

Zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 16/7439, 16/7486 lagen dem Ausschuss auch 19 Petitionen vor, zu denen der Petitionsausschuss eine Stellungnahme nach § 109 GO-BT angefordert hatte.

Die Petenten sprachen sich im Wesentlichen aus

- für die Befreiung schwerbehinderter Menschen von der Erhöhung des Pflegeversicherungsbeitrages für Kinderlose,
- für eine Ausweitung der Auskunftspflichten von Pflegekassen gegenüber pflegenden Angehörigen,
- für eine Anhebung des Pflegegeldes in allen drei Pflegestufen auf die Höhe der Pflegegeldsachleistung,
- für eine Verbesserung von Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Heimpflege,
- für eine Befreiung Kinderloser vom Beitragszuschlag für Kinderlose ab dem 65. Lebensjahr,
- für eine Befreiung vom Beitragszuschlag für Kinderlose bei ethisch motivierter freiwilliger Kinderlosigkeit,
- für eine Anerkennung der Elterneigenschaft auch für Stiefkinder, die nicht im eigenen Haushalt leben, mit

- dem Ziel einer Minderung des Beitrages zur gesetzlichen Pflegeversicherung um 0,25 Prozent,
- für eine Ersetzung des geltenden Abrechnungssystems für ambulante pflegerische Dienste nach Leistungskomplexen durch eine Vergütung nach Zeitaufwand,
 - für eine Änderung der Regelungen der §§ 39 und 42 SGB XI mit dem Ziel, eine einheitliche zeitliche Begrenzung der Ersatzpflege für alle drei Pflegestufen auf 28 Tage einzuführen und die finanzielle Begrenzung aufzuheben,
 - für eine Einbeziehung der unter Taubheit leidenden Menschen in den Kreis der leistungsberechtigten Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf,
 - für eine Änderung des § 43a SGB XI mit dem Ziel der Einführung eines Leistungsanspruchs für in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe lebende, pflegebedürftige Menschen in Höhe des für den häuslichen Bereich geltenden Leistungsbetrags nach § 36 Abs. 2 SGB XI (anstelle der pauschalen Leistungen der Pflegekasse von zurzeit höchstens 256 Euro),
 - für die Anerkennung der Pflege eines Angehörigen als Erwerbsarbeit mit entsprechender Entlohnung und Rentenanwartschaft,
 - gegen die vorübergehende Einstellung der Pflegegeldes bei einer mehr als vier Wochen dauernden vollstationären Krankenhausbehandlung des Pflegebedürftigen,
 - gegen die geplante Erhöhung des Pflegeversicherungsbeitrages bei Versorgungsempfängern/Rentnern zum 1. Juli 2008 um 0,25 Prozent,
 - gegen die Beitragsbelastung durch Beitragserhebung aus einer Direktversicherung, insbesondere für die Pflegeversicherung,
 - gegen die neuen Begutachtungsrichtlinien in der Fassung vom 11. Mai 2006 bei pflegebedürftigen Kindern,
 - gegen die Regelung, wonach die Pflegeversicherung Beiträge zur Gesetzlichen Rentenversicherung nur für diejenigen Pflegepersonen zahlt, die regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind,
 - gegen die derzeitige Form der Ermittlung des Zeitbedarfs für die Erbringung von Pflegeleistungen in stationären Einrichtungen,
 - gegen die im Gesetzentwurf vorgesehene Beschränkung der Anhebung der Leistungsbeträge bei stationärer Pflege auf die Pflegestufe III.

Den Anliegen der Petenten konnte durch die vom Ausschuss empfohlenen Gesetzesänderungen in einigen Fällen entsprochen werden. So sieht der vorliegende Gesetzentwurf vor, mit einem Maßnahmenpaket die Qualität der Pflege, auch in Heimen, nachhaltig zu verbessern. Eine Qualitätsprüfung durch den MDK soll danach ab 2011 jährlich erfolgen (Regelprüfung). Darüber hinaus hat die Pflegeselbstverwaltung auf Bundesebene die Entwicklung und Aktualisierung von verbindlichen Qualitätsstandards (Expertenstandards) sicherzustellen. Der Petitionsausschuss wurde entsprechend unterrichtet.

Die **Fraktion der CDU/CSU** erklärten, dass vor dem Hintergrund der Ausgangssituation im vergangenen Jahr die Reform einen vertretbaren Kompromiss darstelle. Schließlich habe vor Jahresfrist noch die Halbierung der stationären Pflegesätze zur Diskussion gestanden. Darüber hinaus habe es auf der einen Seite die Forderung nach der Anpassung von ambulanten und stationären Leistungen gegeben, die Angleichung von Sachleistungen und Barleistungen, die Einführung von Pflegeassistenten usw. Demgegenüber habe es die Forderung gegeben, die Lohnnebenkosten nicht zu erhöhen. Die jetzige Pflegereform stelle eine angemessene Antwort auf diese Herausforderungen dar. Es gebe nun Leistungserhöhungen und eine festgeschriebene Dynamisierung der Leistungen, finanzielle Hilfen zur ambulanten und stationären Betreuung demenziell erkrankter Menschen, einen Rechtsanspruch auf Pflegezeit, Anspruch auf Leistungen der Alterssicherung bei Urlaub der Pflegepersonen, verbindliche Bearbeitungszeiten für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, effektivere Qualitätsprüfungen und bessere Qualitätsstandards, zusätzliche Transparenz, Strafzahlungen für die Krankenkassen bei ungerechtfertigter Versagung von Reha-Leistungen, Ausgleichszahlungen bei der Rückstufung von Pflegefällen, die Chance zum Poolen von Leistungen und vieles andere mehr. Bezüglich der Pflegestützpunkte habe man in der Koalition einen Kompromiss gefunden, der auf den Einlassungen der Verbände, Kommunen und Länder bei den Anhörungen basiere. Nun könne jedes Land zusammen mit seinen Kommunen selbst entscheiden, wie es die entsprechende Beratung ausgestalten wolle. Dies habe für die Fraktion der CDU/CSU eine wichtige Rolle gespielt. Ihr sei daran gelegen, dass die Leistungsverbesserungen direkt bei den Pflegebedürftigen ankämen und nicht für den Aufbau neuer Beratungsstrukturen gebunden würden. Die Einigung auf eine Beitragserhöhung von 0,25 Prozentpunkten bilde einen gut vertretbaren Kompromiss zwischen den genannten unterschiedlichen Zielen. Mit dem Entschließungsantrag der Koalitionsfraktionen sei darüber hinaus klargestellt worden, welche Aufgaben im Weiteren zu erledigen seien. Der Antrag stelle zugleich fest, dass mit dem Gesetzentwurf den wichtigsten gesellschaftlichen und demographischen Herausforderungen, vor denen die Pflege zurzeit stehe, begegnet werde. Im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Pflegebegriffs müsse vor allem überprüft werden, welche finanziellen Auswirkungen diese Veränderung haben würden. Mit der Einleitung einer Versuchsphase bei den persönlichen Budgets habe die Koalition ein Zeugnis ihrer Experimentierfreudigkeit abgelegt. Der Entschließungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD trage dazu bei, die Auswirkungen des Gesetzes auf die Pflege Realität zu verdeutlichen und die Öffentlichkeit entsprechend zu informieren. Der Vorwurf von Seiten der Opposition, dass die Leistungsausweitungen, die in dem Gesetz vorgesehen seien, unzureichend finanziert seien, müsse zurückgewiesen werden. Das Gleiche gelte für den Vorwurf, im Pflegebereich gebe es einen Dschungel von Regelungen, der zur Unübersichtlichkeit beitrage und die Versorgung der Pflegebedürftigen eher erschwere. Im Pflegebereich gebe es nun einmal sehr unterschiedliche Lebenssituationen, die nur zu bewältigen seien, wenn viele einzelne und spezifische Regelungen zusammenwirkten. Insgesamt seien so viele Verbesserungen erreicht worden, dass die Oppositionsfraktionen guten Anlass hätte, der Reform trotz einiger Vorbehalte zuzustimmen.

men. Allein der Hinweis, in allen Bereichen nur mehr zu fordern, könne keine Begründung für eine Ablehnung sein.

Die **Fraktion der SPD** machten deutlich, dass mit der Pflegereform das Ziel verfolgt werde, die Lebenssituation der pflegebedürftigen Menschen, der pflegenden Angehörigen und der Pflegekräfte zu verbessern. Der Fraktion der SPD habe es besonders am Herzen gelegen, die kommunale Infrastruktur auf eine älter werdende Gesellschaft auszurichten. Deshalb solle durch die Einrichtung wohnortnaher Pflegestützpunkte für die Zukunft sichergestellt werden, dass die Angebote für Pflegebedürftige vor Ort besser aufeinander abgestimmt und miteinander vernetzt würden. Es sei bekannt, dass die Einrichtung der Pflegestützpunkte in der Koalition umstritten gewesen sei. Man sehe es aber als Erfolg an, dass alle wesentlichen Strukturveränderungen, die die Fraktion der SPD angestrebt habe, auch umgesetzt worden seien. Die einzige wesentliche Änderung zu den Pflegestützpunkten bestehe nun darin, dass die Implementation durch die Länder erfolge. Man hätte es zwar begrüßt, wenn die Pflegestützpunkte von vornherein flächendeckend eingerichtet worden wären, man könne aber auch mit der gefundenen Lösung leben. Die Fraktion der SPD sei sich sicher, dass sich das Konzept der Pflegestützpunkte bewähren und langfristig über das gesamte Bundesgebiet ausbreiten werde. Man habe somit das Ziel erreicht, alle an den Versorgungsstrukturen Beteiligten „ins Boot zu holen“ und Doppelstrukturen zu vermeiden. Der Bund gebe mit diesem Gesetz nun einen Rahmen vor, innerhalb dessen die Strukturen für die Pflegestützpunkte auf kommunaler Ebene aufgebaut werden könnten. Einen der wesentlichen Kritikpunkte an dem Gesetzentwurf, dass die Leistungsverbesserungen unzureichend seien, müsse man entschieden zurückweisen. Insgesamt könnten sich die Leistungsverbesserungen, die im Gesetz vorgesehen seien, durchaus sehen lassen. Die Fraktion der SPD verweise beispielhaft auf die Leistungsanhebungen für an Demenz Erkrankte. Diesen würden nun zusätzlich zu den Pflegeleistungen Leistungen gewährt, die auch von denjenigen Menschen, die keine Pflege, sondern Betreuung benötigten, in Anspruch genommen werden könnten. Es liege aber auf der Hand, dass Verbesserungen in der Pflege „nicht kostenlos zu haben“ seien. Der Beitragssatz der Pflegeversicherung werde daher zum ersten Mal seit 1995 erhöht. Zur Finanzierung der Leistungsverbesserungen reiche die Beitragserhöhung von 0,25 Prozent dann aus, wenn die Mittel möglichst effizient verwendet würden. In dem Entschließungsantrag der Koalitionsfraktionen werde auf das Vorhaben hingewiesen, den Pflegebegriff neu zu definieren. Es handele sich hier in der Tat um einen wichtigen Baustein im gesamten Reformprozess zur Pflege. Die Koalition habe mit der Diskussion darüber auch schon begonnen, sie wolle die entsprechende Diskussion aber ohne Eile und mit der nötigen Sorgfalt führen und sich dabei auch mit Pflegeexperten abstimmen. Die Zwischenberichte der von den Koalitionsfraktionen eingesetzten Kommission zeigten, dass es bei der Weiterentwicklung des Pflegebegriffs bereits Fortschritte gebe. Durch die Einführung der Pflegezeit werde es pflegenden Angehörigen künftig ermöglicht, in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten bis zu sechs Monate unbezahlt von der Arbeit freigestellt zu werden. Sie würden in dieser Zeit über die Pflegekassen sozialversichert. Bedauerlicherweise sei die Fraktion der CDU/CSU nicht bereit gewesen, den Vorschlag der Fraktion der

SPD umzusetzen, für die kurzzeitige Freistellung von Angehörigen pflegebedürftiger Menschen von bis zu 10 Tagen eine Lohnersatzleistung über die Pflegekassen vorzusehen. Dies sei auch deshalb schwer nachvollziehbar, weil es ähnliche Regelungen bereits gebe. Insgesamt sei man davon überzeugt, dass die Pflegereform ein Erfolg werde. Allerdings würden für die Zeit nach 2009 auch wichtige Punkte auf der Tagesordnung bleiben. Vor allem halte die Fraktion der SPD an dem langfristigen Ziel der Einführung einer von allen finanzierten Bürgerversicherung Pflege fest.

Die **Fraktion der FDP** warben um Zustimmung zu ihrem Änderungsantrag betreffend die Einführung einer Meldepflicht für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Einrichtungen. Auch wenn Anhaltspunkte dafür vorlägen, dass Versicherte sich eine Krankheit vorsätzlich oder durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen hätten, sei das von besonderem Vertrauen gekennzeichnete Verhältnis zwischen Arzt und Patient ein hohes schützenswertes Gut, das nicht ausgehöhlt werden dürfe. Auch aus den Reihen der Koalitionsfraktionen habe es kritische Äußerungen hierzu gegeben. Die Fraktion der FDP habe deshalb den praktikablen Weg aufgezeigt, vor der Meldung die Einwilligung der Versicherten einzuholen. Verweigere der Versicherte die Zustimmung, werde die Behandlung im Regelfall nicht zulasten der GKV, sondern auf der Grundlage eines Behandlungsvertrages durchgeführt. Die Regelung ermögliche damit, ohne den Arzt zum Informanten der Krankenkasse zu machen, den notwendigen Schutz der Solidargemeinschaft vor ungerechtfertigter Inanspruchnahme, erhalte aber gleichzeitig die im Rahmen eines Krankheitsgeschehens notwendige Flexibilität, eine Leistung im Ausnahmefall dennoch über die Krankenversicherung abrechnen zu können, wenn der behandelnde Arzt z. B. feststellt, dass die vorangegangene ästhetische Operation auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen war.

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. über Regelungen zur Meldepflicht hinaus, die die Streichung des § 52 Abs. 2 SGB V vorsieht, gewährleistet den Schutz der Solidargemeinschaft vor ungerechtfertigter Inanspruchnahme nicht. Dem könne die Fraktion der FDP nicht zustimmen.

Dem Änderungsvorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zum integrierten trägerübergreifenden Budget stehe man grundsätzlich positiv gegenüber. Schon der Antrag der Fraktion der FDP zur Pflegereform sehe vor, dass Pflegebedürftige Leistungen der Pflegeversicherung nach Möglichkeit als Geldleistung erhalten sollten. Detailfragen seien aber noch offen, man enthalte sich deshalb wohlwollend der Stimme.

Die Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD enthielten viele rein technische Punkte, aber auch einzelne gute Ansätze. Da der Gesetzentwurf jedoch insgesamt weiterhin insbesondere wegen der fehlenden zukunftsfesten und generationengerechten Finanzierung und den Maßnahmen in Richtung einer staatlich gelenkten Pflege nicht akzeptabel sei, könne darauf verzichtet werden, durch Einzelabstimmungen politische Wertungen zu dokumentieren und man enthalte sich in Bezug auf die Änderungsanträge gänzlich der Stimme.

Den von den Fraktionen der CDU/CSU und SPD eingebrachten Entschließungsantrag werte man als überraschen-

den Linksruck. Anders als dargestellt reagiere die Koalition aber nicht auf die demografische Entwicklung, da die nötige Reform der Finanzierung nicht angegangen werde. Im Übrigen diene die Entschließung in weiten Teilen der Selbstbe-
spiegelung, ohne dass es berechnete Hoffnung gebe, dass sich in Bezug auf die selbst festgestellten Handlungsbedarfe in nächster Zeit etwas ändere.

Die grundlegende Kritik am Gesetzentwurf lasse sich beispielhaft an den Regelungen zu den Pflegestützpunkten verdeutlichen, deren Aufbau eines der Kernstücke der Reform sei und auch innerhalb der Koalitionsfraktionen im Mittelpunkt der Streitigkeiten gestanden habe. Die Union habe zu Recht kritisiert, dass das Vorhaben bürokratisch sei, Doppelstrukturen aufgebaut und bestehende Beratungsstrukturen und Leistungsanbieter verdrängt würden. Es sei nicht nachvollziehbar, warum die Fraktion der CDU/CSU dem Kompromiss schließlich ohne Veränderungen der Struktur zugestimmt habe: Es würden nun voraussichtlich lediglich weniger Stützpunkte eingerichtet. Die genaue Zahl bleibe jedoch unklar. Zudem habe der Gesetzentwurf einen erheblichen Mangel, weil er in keiner Weise aufführe, welche Beratungsangebote es jetzt bereits vor Ort gibt. Es würden keinerlei Zahlen genannt. Auch auf mehrmaliges Schreiben und Anfragen habe die Bundesministerin für Gesundheit keinerlei Auskünfte gegeben. Die Aussage, es könne auf bestehenden Strukturen aufgebaut werden, ergebe deshalb keinen Sinn. Den privaten Versicherungsunternehmen sei nicht die Möglichkeit gegeben worden, den künftigen Anspruch auf Pflegeberatung ihrer Versicherten eigenständig umzusetzen.

Unklar sei darüber hinaus die genaue Höhe der Leistungen für Demenzerkrankte, für die die entsprechenden Richtlinien erst noch geschaffen werden müssten. Zu erheblichen Problemen in der Praxis werde zudem die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen auf die Zahlung der ortsüblichen Arbeitsvergütung führen.

Die **Fraktion DIE LINKE.** äußerten die Ansicht, dass in dem Gesetzentwurf der Koalition zwar einige richtige Ansätze enthalten seien, dass hier aber letztlich der zweite Schritt vor dem ersten getan werde. So bestätige der Entschließungsantrag der Koalition die Position der Fraktion DIE LINKE., dass es der Gesetzgeber versäumt habe, vor einer grundlegenden Pflegereform zunächst den Pflegebegriff neu zu fassen und so Teilhabe und Bedarfsorientierung zu ermöglichen. Mit einer unzureichenden Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte müssten auch positive Elemente der Reform auf der Strecke bleiben. Hier wäre die Chance gewesen, durch eine Bürgerinnen- und Bürgerversicherung unter Einbeziehung der privaten Pflegeversicherung und hälftige Finanzierung durch die Arbeitgeber eine solide Basis zu schaffen. Die vorgesehenen Leistungen für demenziell Erkrankte seien völlig ungenügend und nicht ausreichend finanziert. Besonders kritisch zu beurteilen sei, dass 80 Prozent der stationär zu Pflegenden keinerlei Erhöhung erhalten werden. Die erst ab 2015 vorgesehene Dynamisierung der Leistungen sei zu niedrig, käme zu spät und gleiche den Wertverlust nicht aus. Das Pflegerisiko werde so zur Armutsfalle. Die Ärmsten der Armen würden dadurch noch weiter benachteiligt und wieder in weit höherem Maße von der Sozialhilfe abhängig. Die von der Bun-

desregierung geplante Pflegezeit werde überwiegend denjenigen zugute kommen, die sich dies finanziell leisten könnten, da kein Anspruch auf eine Lohnfortzahlung bzw. eine Lohnersatzleistung, wie ursprünglich vorgesehen, gewährt wird.

Nach Ansicht der **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** werde der Gesetzentwurf der Bundesregierung dem Ziel, eine generationengerechte und zukunftssichere Finanzierungsbasis zu schaffen und die Pflegelandschaft in Deutschland nutzerorientiert und verbraucherfreundlich weiterzuentwickeln, nicht gerecht. Der vorgelegte Antrag weise auf die zentralen Schwächen des Gesetzentwurfs der Großen Koalition hin und verdeutliche, an welchen Stellen Änderungen und Nachbesserungen zwingend erforderlich seien. Gescheitert sei vor allem das Ziel einer nachhaltigen Finanzierungsreform. Für die im Gesetzentwurf vorgesehenen Leistungsverbesserungen sei der Umfang der geplanten Beitragserhöhung unzureichend. Das Konzept der Pflegestützpunkte sei in dem Konflikt zwischen den Koalitionsparteien letztlich zerrieben worden. Die jetzt gefundene Regelung werde zu einer Zersplitterung der Pflegelandschaft führen. Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vermisse hier vor allem eine konsequente Nutzerorientierung. Auch die Regelungen zur Pflegezeit würden von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN kritisch beurteilt. Eine Pflegezeit von bis zu 6 Monaten zur Übernahme von Pflege benachteilige Frauen am Arbeitsmarkt. Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN werde den Entschließungsantrag der Koalitionsfraktionen ablehnen, weil er ihrer Ansicht nach nur Allgemeinplätze enthalte. Man sei zwar ebenfalls der Ansicht, dass ein neuer Pflegebegriff unbedingt erforderlich sei. Man gehe aber davon aus, dass es ohnehin erst in der nächsten Legislaturperiode zu einer Neudefinition kommen werde. Ebenfalls hält die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN die Aussagen der Koalitionsfraktionen zum integrierten Budget im Entschließungsantrag für nicht nachvollziehbar, da es bei dieser Thematik kein Wissens-, sondern ein Umsetzungsdefizit gebe. Hingegen wolle die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fünf der insgesamt 51 Änderungsanträge der Koalition auf Ausschussdrucksache 359, nämlich die Anträge zu den Artikeln 1 Nr. 9, Nr. 19, Nr. 29, Nr. 72, Nr. 74, unterstützen, weil sie die jeweiligen Vorhaben für begrüßenswert halte. Insgesamt halte man den Gesetzentwurf jedoch für unzulänglich und werde ihn deshalb ablehnen.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksache 16/5385 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1 (Inhaltsverzeichnis)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des § 87b.

Zu Nummer 1a (§ 1)

(Geschlechtsspezifische und kultursensible Pflege)

Der Änderungsantrag greift auch einen Vorschlag des Bundesrates auf. Es soll in der pflegerischen Versorgung Rücksicht genommen werden auf geschlechtsspezifische Unterschiede. Angesichts einer zunehmenden Zahl von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund wird der Vorschlag der Länder zudem erweitert. Es soll in der Pflege den kulturell bedingt unterschiedlichen Bedürfnissen von pflegebedürftigen Menschen Rechnung getragen werden.

Die Aufnahme der beiden Regelungen in die Eingangsnorm des Elften Buches soll unterstreichen, welche Bedeutung den Anliegen zukommt.

Durch die Änderung wird kein Anspruch auf die Durchführung bestimmter Maßnahmen etwa gegen Einrichtungsträger begründet.

Zu Nummer 4 (§ 7a)

Zu Absatz 1

Die Ergänzung in Satz 2 Nr. 3 verdeutlicht, dass der Pflegeberater als Mitarbeiter der Pflegekassen oder dritter Stellen Maßnahmen und Leistungen anderer Leistungsträger nicht selbst wirksam auslösen kann, sondern lediglich darauf hinwirken soll, dass andere Leistungsträger zur Umsetzung des Versorgungsplans tätig werden.

Die Einfügung des neuen Satzes 3 in Absatz 1 dient dazu, den Inhalt des Versorgungsplans zu verdeutlichen. Die Ergänzung stellt lediglich eine Klarstellung und keine Erweiterung gegenüber dem Gesetzentwurf dar.

Die Anpassungen in Satz 7 stellen klar, dass Beratungsaufgaben auch gänzlich auf Dritte übertragen werden können. Wichtig ist insoweit, dass Leistungsentscheidungen von den Pflegekassen nicht auf Dritte verlagert werden können.

Satz 10 stellt sicher, dass Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten erfolgt, soweit ein Pflegestützpunkt eingerichtet ist.

Zu Absatz 2

Bei der Pflegeberatung soll den Wünschen des Pflegebedürftigen nach personeller Kontinuität nach Möglichkeit entsprochen werden. Es wird davon ausgegangen, dass die Pflegekassen dies sicherstellen, weil sonst ein dauerhaftes Fallmanagement im Rahmen der Pflegeberatung nicht sinnvoll durchgeführt werden kann. Vor diesem Hintergrund ist eine ausdrückliche Regelung über die dauerhafte personelle Kontinuität im Gesetz selbst (Satz 2 des Gesetzentwurfs) verzichtbar.

Die Änderungen in den Sätzen 2 und 3 stellen sicher, dass auch der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin Leistungsanträge sowohl für Leistungen der Pflegekassen als auch für Leistungen der Krankenkassen entgegen nimmt und sie unverzüglich an die zuständige Pflege- oder Krankenkasse weiterleitet, sofern er oder sie nicht selbst zur Leistungsentscheidung berufen ist. Sobald die Leistungsentscheidung getroffen ist, hat die zuständige Kasse den Leistungsbescheid unverzüglich sowohl an den Versicherten als auch an den Pflegeberater oder die Pflegeberaterin zu übersenden. Dabei wird davon ausgegangen, dass nicht nur die Über-

mittlung, sondern auch die Bearbeitung des Leistungsantrags bei der Kasse ohne schuldhaftes Zögern erfolgt.

Bei entsprechenden Vereinbarungen sollte diese Vorgehensweise auch bei privat Versicherten praktiziert werden, weil sie eine zügige Antragsbearbeitung sicherstellt und auch gewährleistet, dass der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin als Fallmanager wichtige Informationen rechtzeitig erhält.

Die Regelung gilt selbstverständlich auch, wenn die Pflegeberatung im Pflegestützpunkt angesiedelt ist.

Zu Absatz 3

Mit der Ergänzung in Satz 2 wird eine Anregung des Bundesrates umgesetzt und verdeutlicht, dass auch eine Ausbildung zum Sozialarbeiter als Grundqualifikation für die Tätigkeit als Pflegeberater geeignet ist.

Die weiteren Änderungen zielen darauf ab, nicht mehr Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zu Anzahl und Qualifikation der Pflegeberater vorzusehen, sondern lediglich Empfehlungen. Damit entfällt auch das Erfordernis einer Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Erfahrungen im internationalen Bereich deuten darauf hin, dass eine Größenordnung von etwa 100 zu betreuenden pflegebedürftigen Menschen je Pflegeberater angemessen sein dürfte.

Zu Absatz 4

Die Änderung in Satz 1 stellt sicher, dass die Pflegekassen Pflegeberater nur in den Pflegestützpunkten aufeinander abgestimmt bereit stellen müssen. Soweit keine Pflegestützpunkte existieren, ist eine solche verpflichtende Abstimmungsregelung nicht sinnvoll, weil in diesen Fällen jede Pflegekasse für sich entscheiden muss, wie sie den Anspruch auf Pflegeberatung einlöst. Das schließt selbstverständlich nicht aus, dass auch außerhalb von Pflegestützpunkten Kooperationsformen verwirklicht werden.

Die Regelung über die gegenseitige Beauftragung in Satz 4 ist in der im Gesetzentwurf vorgesehenen Form entbehrlich, weil nicht mehr zwingend vorgesehen ist, dass Leistungsentscheidungen der Pflegekassen oder Krankenkassen durch den Pflegeberater vor Ort im Pflegestützpunkt erfolgen. Dies schließt aber nicht aus, dass Pflege- und Krankenkassen Pflegeberater einer anderen Pflegekasse durch Beauftragung dazu berufen können, für sie – bis hin zur Leistungsentscheidung – tätig zu werden. Im Unterschied zum Gesetzentwurf ist die Regelung aber nicht mehr zwingend, sondern als „Kann-Regelung“ ausgestaltet.

Zu Absatz 5

Die Anpassungen machen deutlich, dass auch die Unternehmen der privaten Pflegeversicherung eine abgestimmte Bereitstellung von Pflegeberatern (entweder durch Inanspruchnahme der Pflegekassen oder durch Vereinbarungen untereinander) sicherstellen können.

Zu den Absätzen 6 und 7

Absatz 6 bleibt gegenüber dem Gesetzentwurf nahezu unverändert. Absatz 7 bleibt gegenüber dem Gesetzentwurf unverändert.

Zu Nummer 6 (§ 9)

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Ergänzung erstreckt sich nicht ausdrücklich auf das so genannte Pflegegeld, das aufgrund der Bedürftigkeit eines Pflegeheimbewohners an die Pflegeeinrichtung gezahlt wird. Die Änderung dient deshalb dem Zweck, den unterschiedlichen landesrechtlichen Verfahren bei der Förderung und Refinanzierung der Investitionskosten von Pflegeheimen Rechnung zu tragen und Rechtsunsicherheiten zu vermeiden.

Mit dem Antrag wird einem Anliegen des Bundesrates Rechnung getragen.

Zu Nummer 9 (§ 18)

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung wird die gesetzliche Verankerung der verkürzten Begutachtungsfrist für Antragsteller eingefügt, die sich in einem Hospiz oder in einer vergleichbaren Situation der häuslichen palliativen Versorgung befinden. Die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 21. März 1997 in der Fassung vom 11. Mai 2006 sehen die verkürzte Begutachtungsfrist bereits jetzt vor.

Sterbende Menschen, die eine ambulante palliative Versorgung benötigen oder sich in einem Hospiz befinden, haben in der Regel wegen bestehender Pflegebedürftigkeit auch Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung. Die WHO definiert die Palliativversorgung (Palliative Care) als einen Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art (WHO 2002). Die Regelung stellt die Begutachtung der betroffenen pflegebedürftigen Menschen sowohl in stationärer Palliativversorgung (Hospiz) als auch in ambulanter palliativer Versorgung in der häuslichen Umgebung spätestens innerhalb einer Woche sicher. Damit werden auch die Voraussetzungen geschaffen, ein Ziel der Charta für die Rechte der hilfe- und pflegebedürftigen Personen zu verwirklichen, die fordert, dass jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch das Recht hat, in Würde zu sterben.

Zu Buchstabe b

Die auf eine Woche verkürzte Frist gilt nicht für Antragsteller im häuslichen Bereich, die zwar Pflegebedarf haben und einen Antrag auf Pflegezeit stellen wollen, die aber nicht palliativ versorgt werden müssen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe a.

Zu Nummer 12 (§ 28)

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung. Die Bezugnahme auf „§ 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches“ ist geltendes Recht und soll unverändert bleiben.

Zu Nummer 13 (§ 30)

Es wird klargestellt, dass durch Rechtsverordnung der Bundesregierung lediglich die Höhe der Leistungen angepasst wird, die Regelungen über Leistungen aber nicht verändert und keine neuen Leistungen eingeführt werden können.

Zu Nummer 16 (§ 34)

Zu Buchstabe a

Buchstabe a entspricht dem Wortlaut des Gesetzentwurfs.

Zu Buchstabe b

Zur Alterssicherung der Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig pflegen, werden von den Pflegekassen Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet. Die Beitragszahlung ruht derzeit, wenn die Pflegeperson aufgrund eines Urlaubs selbst an der Pflege gehindert ist. Für die Zeit des Urlaubs besteht keine Versicherungs- und Beitragspflicht. Das Ruhen der Beitragszahlung für die Dauer des Urlaubs bewirkt einen geringeren Anspruch auf Rente aufgrund der Pflege Tätigkeit. Die größte Gruppe der pflegenden Angehörigen sind Frauen. Daher ist die Vollständigkeit von Rentenversicherungsbeiträgen besonders wichtig. Die Änderung stellt sicher, dass ein Anspruch auf Leistungen der Alterssicherung auch für die Zeit eines Erholungsurlaubs der Pflegeperson besteht. Die Änderung hat nicht nur eine versicherungsrechtliche, sondern auch eine wertschätzende Komponente gegenüber den Pflegepersonen.

Mit dieser Änderung wird auch einer Forderung des Bundesrates entsprochen.

Zu Nummer 18 (§ 37 Abs. 3)

Zu den Buchstaben a und b

Die Landesverbände der Pflegekassen haben nach § 37 Abs. 3 (in der neuen Fassung) neutrale und unabhängige Beratungsstellen zur Durchführung der Beratung anzuerkennen. Dem Antrag auf Anerkennung ist ein Nachweis über die erforderliche pflegefachliche Kompetenz der Beratungsstelle und ein Konzept zur Qualitätssicherung des Beratungsangebotes beizufügen.

Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen.

Insbesondere für diesen Personenkreis stehen pflegefachliche Beratungsfragen nicht im Vordergrund. Der wesentliche Beratungsgegenstand ist die Bewältigung der häuslichen und familiären Situation sowie die Unterstützung und Entlastung durch (niedrigschwellige) Hilfeangebote.

Für die Durchführung der Beratung dieses Personenkreises soll daher eine pflegefachliche Kompetenz durch eine sozialarbeiterische Kompetenz ersetzt werden können. Damit wird insbesondere auch eine neutrale und unabhängige Beratung durch Beratungsstellen der Alzheimer Gesellschaft ermöglicht.

Mit den Änderungen in den Buchstaben a und b wird auch einer Forderung des Bundesrates, der die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung zugestimmt hat, entsprochen.

Zu Nummer 19 (§ 39 Satz 2)

Zu Buchstabe a

Zur weiteren Stärkung der häuslichen Pflege wird die Wartezeit für die erstmalige Inanspruchnahme der Verhinderung- bzw. Urlaubspflege von bisher zwölf auf sechs Monate verkürzt.

Die vorgeschriebene Dauer der häuslichen Pflege insbesondere durch Angehörige, die vor einer erstmaligen Inanspruchnahme der Leistung Verhinderungspflege zurückgelegt sein muss, schützt zwar die Pflegeversicherung vor unangemessenen finanziellen Belastungen, die entstehen könnten, wenn bei einem Erholungsurlaub der Pflegeperson bereits kurz nach Beginn der Pflegetätigkeit ein Anspruch auf Verhinderungspflege bestehen würde. Andererseits können Krisensituationen in der häuslichen Pflege, z. B. bei einem Krankenhausaufenthalt der Pflegeperson, den Bedarf nach einer Verhinderungspflege auslösen. Mit der generellen Verkürzung der Warte- bzw. Vorpflegezeit wird diesem Gesichtspunkt stärker Rechnung getragen, ohne die Pflegeversicherung finanziell zu überfordern. Damit wird die aufopferungsvolle Tätigkeit pflegender Angehöriger besser anerkannt.

Mit dieser Änderung wird auch einer Forderung des Bundesrates, der die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung zugestimmt hat, entsprochen.

Zu Buchstabe b

Buchstabe b entspricht dem Wortlaut des Gesetzentwurfs.

Zu Nummer 22 (§ 42)

Zu Buchstabe a

Buchstabe a entspricht dem Wortlaut des Gesetzentwurfs.

Zu Buchstabe b

Der neue Anspruch soll bei Kindern unter 18 Jahren „Kurzzeitpflege“ in anderen geeigneten Einrichtungen als zugelassenen Pflegeeinrichtungen ermöglichen. Zwar ermöglicht auch der Anspruch auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI eine bis zu vierwöchige Pflege in anderen Einrichtungen. Die Leistungsausweitung im Rahmen des § 42 erfolgt aber im Hinblick darauf, dass zwar beide Ansprüche, die Verhinderungspflege und die Kurzzeitpflege von jeweils bis zu vier Wochen je Kalenderjahr, grundsätzlich zur Bewältigung von Krisensituationen in der häuslichen Pflege kumulativ zur Verfügung stehen, allerdings bei pflegebedürftigen Kindern der Anspruch auf Kurzzeitpflege faktisch nicht genutzt werden kann, weil häufig keine geeigneten, durch Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen für diesen Personenkreis zur Verfügung stehen. Die Pflegekassen haben im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages zwar darauf hinzuwirken, dass geeignete Einrichtungen flächendeckend und bedarfsgerecht zur Verfügung stehen. Insbesondere bei Kindern unter 18 Jahren kann dies nicht immer ohne weiteres gewährleistet werden, zumal die Nachfrage von Kindern nach einer Kurzzeitpflege beispielsweise in den Ferienzeiten besonders groß ist, weil Schulen für behinderte Kinder dann schließen und Eltern in dieser Zeit eine anderweitige Be-

treuung suchen und organisieren müssen. Der bisher geregelte Anspruch auf Kurzzeitpflege läuft somit in der Praxis für pflegebedürftige Kinder häufig ins Leere. Sie können daher im Ergebnis meist nur die Verhinderungspflege zur Entlastung und zur Bewältigung von Krisensituationen in Anspruch nehmen.

Der in begründeten Einzelfällen vorgesehene erweiterte Leistungsanspruch soll allein den Interessen der pflegebedürftigen Kinder und ihrer Familien dienen, den Anspruch auf Kurzzeitpflege gegebenenfalls auch in nicht zugelassenen, aber dennoch geeigneten Einrichtungen, beispielsweise in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, realisieren zu können. Dies kann unterschiedlich sein, beispielsweise bei pflegebedürftigen behinderten Kindern bezogen auf die geeigneten Angebote im Einzelfall vor Ort. Er zielt nicht auf eine finanzielle Entlastung anderer Finanzierungsträger im Bereich der Hilfe für behinderte Menschen ab. Die Öffnung des Anspruchs auf Kurzzeitpflege soll insbesondere nicht dazu führen, den Aufenthalt von behinderten Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe jeweils für vier Wochen je Kalenderjahr durch die Pflegeversicherung zu finanzieren. Wenn behinderte Menschen zwölf Monate im Jahr in einer Einrichtung sind, dann sollen nicht vier Wochen im Jahr als Kurzzeitpflege deklariert werden können. Die ganzjährige Finanzierungsverantwortung der zuständigen Finanzierungsträger soll nicht für vier Wochen im Jahr auf die Pflegeversicherung übergehen. Deshalb werden die Pflegekassen in jedem Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen prüfen müssen, ob die Voraussetzungen für eine Finanzierung als Kurzzeitpflege durch die Pflegeversicherung vorliegen. Der Anspruch auf die Leistung der Pflegeversicherung besteht auch nur für zu Hause gepflegte Kinder und nicht für Kinder, die in Einrichtungen wohnen und gegebenenfalls für die „Kurzzeitpflege“ in derselben Einrichtung bleiben.

Der Anspruch auf die Leistung der Pflegeversicherung in anderen geeigneten Einrichtungen beschränkt sich mit Rücksicht auf deren besondere Situation auf pflegebedürftige Kinder unter 18 Jahren. Hier besteht in erster Linie ein Handlungsbedarf.

Geeignet für die „Kurzzeitpflege“ sind Einrichtungen, die mit einem Sozialleistungsträger eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen haben und in der Lage sind, die Pflege für die Dauer der „Kurzzeitpflege“ gegebenenfalls auch unter Einbeziehung externer Unterstützung, etwa durch einen ambulanten Pflegedienst, sicher zu stellen.

Zu Nummer 24 (§ 44)

Ein Meldeverfahren für die Personen, die aufgrund der Inanspruchnahme einer Pflegezeit nach § 3 des Entwurfs eines Pflegezeitgesetzes (siehe Artikel 3) bei der Bundesagentur für Arbeit versicherungspflichtig sind, ist wie bisher bei der Versicherungspflicht für die Erziehenden nicht notwendig. Bei der Beitragszahlung für die Pflegezeit wird jährlich ein Gesamtbeitrag von den zuständigen Stellen geleistet. Die Bundesagentur hat hierbei ein Prüfrecht (siehe dazu den Änderungsantrag zu Artikel 4 Nr. 6, § 349 des Dritten Buches). Einer gesonderten Meldung bedarf es daher nicht.

Zu Nummer 28 (§ 45b)

Zu Buchstabe a

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Der Betreuungsbetrag, den nun auch Personen der so genannten Pflegestufe 0 erhalten können, wird von 460 Euro jährlich auf bis zu 100 Euro monatlich (Grundbetrag) bzw. 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag), also auf bis zu 1 200 Euro bzw. 2 400 Euro jährlich, angehoben. Für die Höhe des jeweils im Einzelfall zu gewährenden Betrages werden Maßstäbe festgelegt.

Wie im Gesetzentwurf bleibt es dabei, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen für die Empfehlung des MDK zur Bemessung der Höhe der jeweiligen Betreuungsbeträge einheitliche Maßstäbe in Richtlinien festzulegen hat. Um sicherzustellen, dass die Richtlinien bereits ab 1. Juli 2008 von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung angewandt und ihren Empfehlungen zugrunde gelegt werden können, ist in § 122 des Gesetzentwurfs vorgesehen, dass die bis zum 30. Juni 2008 handelnden Spitzenverbände der Pflegekassen die Richtlinien noch vor der Aufgabewahrnehmung durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen ab 1. Juli 2008 zu erarbeiten haben.

Der Personenkreis nach § 45a ist jedoch nun zusätzlich in zwei Gruppen zu unterteilen, nämlich in eine Gruppe mit im Verhältnis geringerem allgemeinem Betreuungsbedarf, die den so genannten Grundbetrag in Höhe von bis zu 100 Euro monatlich erhält, und in eine Gruppe mit einem im Verhältnis höherem allgemeinem Betreuungsbedarf, die den so genannten erhöhten Betrag von bis zu 200 Euro monatlich erhält. Zudem ist vorgesehen, dass die Pflegekasse den Versicherten über den ihm zur Verfügung stehenden Betreuungsbetrag informiert, damit der Versicherte weiß, bis zu welcher Höhe von der Pflegekasse eine Kostenerstattung im Rahmen des § 45b vorgenommen wird, wenn die sonstigen leistungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Möglichkeit, dass bei Vermittlung eines Angebotes durch einen Pflegestützpunkt auf die Anerkennung durch die zuständigen Stellen nach Landesrecht und damit auf diese Qualitätsanforderungen verzichtet wird, entfällt. Niedrigschwellige Angebote werden nach einem landesrechtlichen Verfahren anerkannt, wenn sie ihre ehrenamtlichen Kräfte vorbereitend schulen und durch eine Fachkraft fachlich begleiten. Diese Anforderungen gewährleisten ein Mindestmaß an Qualität. Durch die Änderung wird vermieden, dass ggf. auch ungeschulte oder fachlich nicht begleitete ehrenamtliche Kräfte Betreuungsleistungen abrechnungsfähig erbringen könnten. Diese Änderung trägt einer Forderung des Bundesrates, deren Prüfung die Bundesregierung im weiteren Verfahren zugesagt hatte, Rechnung.

Im Hinblick auf die Einbeziehung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne eine Pflegestufe in den Kreis der Leistungsberechtigten nach § 45b wird das Wort „Pflegebedürftigen“ durch das Wort „Versicherten“ ersetzt.

Zu Buchstabe b

Im Interesse einer flexiblen Leistungsanspruchnahme wird ermöglicht, den Leistungsanspruch, soweit er im laufenden Kalenderjahr nicht verbraucht wird, noch bis zur Mitte des Folgejahres einsetzen zu können. Ein Ansparen des Anspruchs über einen darüber hinaus gehenden Zeitraum wird nicht ermöglicht, weil dem Anspruch weiterhin vorrangig die Zielsetzung einer regelmäßigen fortlaufenden Betreuung und Entlastung zugrunde liegt und der Anspruch auf Betreuung nicht das Ziel verfolgt, eine einmalige Entlastung über mehrere Tage oder Wochen sicherzustellen, wie dies bei der Verhinderungspflege nach § 39 möglich ist.

Mit dieser Änderung wird auch Forderungen des Bundesrates entsprochen, hinsichtlich der Übertragung des nicht in Anspruch genommenen Betreuungsbetrages allerdings nur zur Hälfte. Der Bundesrat wollte eine Übertragbarkeit in das gesamte folgende Kalenderjahr. Die im Änderungsantrag vorgesehene Übertragung in das nachfolgende Kalenderhalbjahr stellt eine Kompromisslösung dar, die dem mit der Regelung des § 45b verfolgten Zweck einer kontinuierlichen und möglichst zeitnahen Entlastung von pflegenden und betreuenden Angehörigen besser Rechnung trägt.

Zu Buchstabe c

Buchstabe c entspricht dem Wortlaut des Gesetzentwurfs.

Zu Nummer 29 (§ 45c)

Zu Buchstabe a

Es wird über die im Gesetzentwurf in Artikel 1 Nr. 29 bereits enthaltene Erhöhung hinaus eine weitere Erhöhung der Fördermittel nach § 45c vorgesehen. Dies ermöglicht den Pflegekassen einen verstärkten Auf- und Ausbau der niedrigschwelligen Betreuungsangebote sowie eine verstärkte Förderung von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenziell Erkrankte. Für die Erhöhung der Fördermittel sind folgende Gründe ausschlaggebend:

- eine ohnehin steigende Nachfrage nach niedrigschwelligen Betreuungsangeboten,
- eine zusätzliche Nachfrage durch die Erhöhung des Leistungsanspruchs der heute Leistungsberechtigten,
- die Erweiterung des leistungsberechtigten Personenkreises durch die Einbeziehung von Hilfebedürftigen, die noch keine Pflegestufe haben und
- die Ausweitung des Kreises der mit Mitteln nach § 45c förderfähigen Maßnahmen durch die Einbeziehung der Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe nach § 45d.

Mit dieser Änderung wird auch einer Forderung des Bundesrates, der die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung zugestimmt hat, entsprochen.

Zu Buchstabe b

Die Erhöhung der Förderung durch die Pflegekassen (siehe Buchstabe a) hat eine entsprechende Erhöhung des möglichen Gesamtfördervolumens zur Folge, weil – ebenso wie dies bereits bisher der Fall ist – eine hälftige Beteiligung

durch das jeweilige Land oder die kommunale Gebietskörperschaft vorausgesetzt wird.

Mit dieser Änderung wird auch einer Forderung des Bundesrates, der die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung zugestimmt hat, entsprochen.

Zu Nummer 31 (§ 46)

Zu Buchstabe a

Kranken- und Pflegekassen sind zwar jeweils selbständige Körperschaften des öffentlichen Rechts, die Pflegekassen wurden aber unter dem Dach der Krankenkassen errichtet. Die Regelung ermöglicht im Interesse der Verwaltungsvereinfachung, dass die Krankenkassen für ihre Mitglieder, die ihre Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge selbst zu zahlen haben (freiwillige Mitglieder, Rentenantragsteller, schwangere Personen in einem zulässig aufgelösten Beschäftigungsverhältnis bzw. während einer Beurlaubung ohne Arbeitsentgelt im Sinne des § 192 Abs. 2 SGB V und Personen ohne anderweitigen Schutz im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V), die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in einem gemeinsamen Beitragsbescheid festsetzen können. Damit wird vermieden, dass zwei formal getrennte Bescheide durch die Krankenkasse und durch die Pflegekasse ergehen müssen. Die Krankenkasse handelt dabei im Namen der Pflegekasse, die bei etwaigen Klagen gegen den Beitragsbescheid weiterhin passivlegitimiert bleibt. In dem Bescheid muss darauf hingewiesen werden, dass der Bescheid über den Pflegeversicherungsbeitrag im Namen der Pflegekasse ergeht. Krankenkassen haben in der Vergangenheit in einem Bescheid an die Versicherten sowohl die Höhe des Beitrags zur Krankenversicherung als auch zur Pflegeversicherung festgestellt. Dies wurde vom Bundessozialgericht beanstandet, weil es dafür keine Rechtsgrundlage gibt (Urteil vom 7. März 2007 – B 12 KR 33/06 R –). Nunmehr wird die bisherige Verwaltungspraxis durch eine ausdrückliche gesetzliche Regelung legitimiert.

Zu Buchstabe b

Buchstabe b entspricht der Sache nach dem Gesetzentwurf und beinhaltet lediglich eine notwendige redaktionelle Folgeänderung zu dem gegenüber dem Gesetzentwurf geänderten § 7a.

Zu Nummer 34 (§ 55)

Zu Buchstabe a

Buchstabe a entspricht dem Wortlaut des Gesetzentwurfs.

Zu Buchstabe b

Bei Einführung des Kinderlosenzuschlags zum 1. Januar 2005 wurde der für die Zuschlagsbefreiung maßgebliche Elternbegriff weit gefasst. Nicht nur die beiden leiblichen Eltern, sondern auch Pflege-, Adoptiv- und Stiefeltern sind deshalb grundsätzlich zuschlagsfrei. Auch Adoptiv- und Stiefeltern minderjähriger Kinder erbringen einen generativen Beitrag, der eine Zuschlagsfreiheit rechtfertigt.

Die Betreuungs- und Erziehungsleistungen, die von Adoptiv- und Stiefeltern für Kinder erbracht werden, die bereits erwachsen und wirtschaftlich selbständig sind, sind demge-

genüber jedoch typischerweise nicht so bedeutend, dass eine Zuschlagsfreiheit gerechtfertigt erscheint. Die Pflegekassen hatten deshalb, wenn die Adoption (oder die Erlangung der Stiefelterneigenschaft) erst zu einem Zeitpunkt erfolgte, in dem das „Kind“ bereits erwachsen war und auch nicht mehr z. B. als Student wirtschaftlich von den Eltern abhängig war, bisher keine Zuschlagsfreiheit eingeräumt.

Das Bundessozialgericht hat nun aber entschieden, dass eine solche Einschränkung zu Lasten von Stiefeltern nicht von den Pflegekassen im Wege der Auslegung ohne eindeutige Grundlage im Gesetz vorgenommen werden könne (Urteil vom 18. Juli 2007 – B 12 P 4/06 R –).

Mit dem Änderungsantrag soll nun künftig eine gesetzliche Grundlage für die Verwaltungspraxis der Pflegekassen hergestellt werden. Es wird klargestellt, dass die Zuschlagsfreiheit von Adoptiv- und Stiefeltern ebenfalls an eine Betreuungs- und Erziehungsleistung anknüpft und deshalb eine Zuschlagsbefreiung voraussetzt, dass die Adoptiv- und Stiefelterneigenschaft zu einem Zeitpunkt erlangt worden ist, in dem das Kind noch nicht erwachsen und wirtschaftlich selbständig war. Dabei ist es sachgerecht – wie dies die Praxis bisher gemacht hat – dieselben Altersgrenzen zugrunde zu legen, die auch bei der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung (§ 25 Abs. 2 SGB XI) und der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 10 Abs. 2 SGB V) gelten. Mit diesen Altersgrenzen wird eine klare und einfach zu handhabende Abgrenzung erreicht, ohne dass im Einzelfall beurteilt werden muss, ob eine wirtschaftliche Abhängigkeit noch besteht.

Bei Adoptiveltern kommt es also darauf an, ob die Altersgrenzen zum Zeitpunkt der Adoption überschritten wurden. In den Ausnahmefällen (Auslandsadoption), in denen eine Adoption erst später wirksam wird, kommt es darauf an, ob die Altersgrenzen zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Adoption überschritten wurden.

Wer einmal vom Zuschlag befreit worden ist, bleibt allerdings für immer befreit. Dies gilt nicht nur für leibliche Eltern, sondern ebenso für Adoptiv- und Stiefeltern, wenn das Kind die Altersgrenzen nach § 25 Abs. 2 überschritten hat. Die Einführung von Altersgrenzen ist nur bei der Erlangung der Zuschlagsfreiheit bei Adoptiv- und Stiefeltern von Bedeutung, das Erreichen der Altersgrenzen führt nicht zum Wegfall der Zuschlagsfreiheit.

Bei Stiefeltern wird für die Zuschlagsfreiheit weiterhin vorausgesetzt, dass das Mitglied mit dem Kind in häuslicher Gemeinschaft gelebt hat, bevor dieses die Altersgrenzen nach § 25 Abs. 2 überschritten hat.

Pflegeeltern erbringen Betreuungs- und Erziehungsleistungen unabhängig vom Alter des Pflegebefohlenen, sie sind deshalb nicht in die Regelung einzubeziehen.

Zu Nummer 35 (§ 57 Abs. 3)

Zu Buchstabe a

In der Krankenversicherung der Landwirte und dementsprechend auch in der sozialen Pflegeversicherung für Landwirte gelten besondere Regeln der Beitragsbemessung. Hier wird ein dem Beitragssatz der Pflegeversicherung entsprechender Zuschlag zum Krankenversicherungsbeitrag erhoben (§ 57 Abs. 3 Satz 2).

Wenn die Voraussetzungen für einen Beitragszuschlag für Kinderlose nach § 55 Abs. 3 erfüllt sind, muss der Zuschlag nach § 57 Abs. 3 Satz 2, den landwirtschaftliche Unternehmer und mitarbeitende Familienangehörige zur sozialen Pflegeversicherung zu entrichten haben, in demselben Verhältnis erhöht werden, wie sich der Beitrag für andere kinderlose Mitglieder erhöht. Der Faktor, der für die Berechnung des Kinderlosenzuschlags in der Krankenversicherung der Landwirte maßgebend ist, betrug bisher 14,71. Als Folge der Erhöhung des Beitragsatzes nach § 55 Abs. 1 um 0,25 vom Hundert verändert sich nun dieser Faktor auf künftig 12,82 (Verhältnis Kinderlosenzuschlag in Höhe von 0,25 vom Hundert zum Beitragssatz in der Pflegeversicherung in Höhe von 1,95 vom Hundert). Um künftig bei Beitragssatz- oder Kinderlosenzuschlagsänderungen eine Änderung des Gesetzestextes zu vermeiden, wird statt eines festen Prozentsatzes eine Berechnungsvorschrift eingeführt, die auf die Rechtsvorschriften des Beitragssatzes der sozialen Pflegeversicherung sowie des Kinderlosenzuschlags abstellt.

Zu Buchstabe b

Buchstabe b entspricht dem Wortlaut des Gesetzentwurfs.

Zu Nummer 36 (§ 61 Abs. 3)

Zu Buchstabe a

Buchstabe a entspricht dem Wortlaut des Gesetzentwurfs.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

Zu Nummer 42 (§ 75)

Mit dem Änderungsantrag wird einem Anliegen des Bundesrates Rechnung getragen.

Zu Buchstabe a

Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Pflegepersonen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sollen in der ambulanten und stationären Pflege nur ergänzend zur professionellen Pflege zum Einsatz kommen, jedoch keine professionellen Pflegekräfte ersetzen. Der Antrag stellt mit der Streichung des Begriffs „Versorgung“ klar, dass in den Rahmenverträgen nur Möglichkeiten für eine Beteiligung der ehrenamtlichen Personen an der „ergänzenden“ Betreuung, nicht aber an der – professionelle Kräfte „ersetzenden“ – Versorgung Pflegebedürftiger identifiziert und vereinbart werden sollen.

Zu Buchstabe b

Durch die Ergänzung in Satz 1 wird die Beteiligung der Länder und Kommunen sichergestellt, die insbesondere wegen der öffentlichen Förderung von Investitionsmaßnahmen nach § 9 bei der Vereinbarung von Grundsätzen ordnungsgemäßer Pflegebuchführung eingebunden sein sollen.

Mit den Regelungen in den Sätzen 2 und 3 wird sichergestellt, dass zwischen der Aufhebung der Pflege-Buchführungsverordnung und dem Wirksamwerden der Grund-

sätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung keine rechtsfreie Zeitspanne entsteht.

Zu Nummer 43 (§ 76)

Der gerichtliche Rechtsschutz wird dann nicht ausgeschlossen, wenn die Festsetzungsentscheidung im Ergebnis der öffentlichen Ordnung widerspricht. Dies ist der Fall, wenn die Entscheidung an elementaren Verfahrensmängeln leidet oder die Entscheidung der Schiedsperson die Grenzen der Regelungsmaterie überschreitet. Ziel der Regelung ist es, eine gerichtliche Korrekturmöglichkeit für derartige Fehlentscheidungen der Schiedsperson zu schaffen. Ob eine Fehlentscheidung vorliegt, entscheiden die zuständigen Sozialgerichte. Unverändert gilt, dass nach Bestellung einer Schiedsperson die Schiedsstelle in dieser Angelegenheit nicht mehr angerufen werden kann.

Mit dem Änderungsantrag wird einem Anliegen des Bundesrates Rechnung getragen.

Zu Nummer 53 (§ 87a)

Zu Buchstabe a

Die unter Doppelbuchstabe aa des Gesetzentwurfs vorgesehene Änderung wird gestrichen.

Zu Buchstabe b

Die Ergänzung verhindert die unerwünschte Anwendung der Regelung.

Aus diesem Grunde wird ausdrücklich klargestellt, dass der von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung gezahlte Beitrag zurückzuzahlen ist, wenn der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten ab dem Tag der Rückstufung ohne Rücksicht auf die Ursache oder den Grund in eine höhere Pflegestufe oder von „nicht erheblicher“, also von der so genannten „Pflegestufe Null“, zu „erheblicher Pflegebedürftigkeit“, also mindestens Pflegestufe I, eingestuft wird.

Zu Nummer 53a (§ 87b)

Mit der Einführung eines Anspruchs der vollstationären Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen auf Finanzierung zusätzlichen Betreuungspersonals für Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf durch die gesetzlichen und privaten Pflegekassen wird neben der bereits vorgesehenen Verbesserung der Betreuung demenziell erkrankter Pflegebedürftiger im ambulanten Bereich auch die Betreuung demenziell erkrankter Pflegeheimbewohner deutlich verbessert.

Für die zusätzliche Betreuung demenziell erkrankter Heimbewohner im Sinne von § 45a in vollstationären Pflegeeinrichtungen werden von der Pflegeversicherung zusätzliche Betreuungskräfte voll finanziert. In Pflegesatzverhandlungen wird die Zahl des zusätzlichen Betreuungspersonals prospektiv vereinbart. Für je rund 25 demenziell erkrankte Heimbewohner sollen die Vertragsparteien eine Betreuungskraft vorsehen. Dieses Verhältnis ist lediglich eine Orientierungsgröße. Die Vertragsparteien haben für die betreffende Pflegeeinrichtung individuell sachgerechte Lösungen zu vereinbaren und können zum Beispiel auch anteilige Stellen vorsehen. Dabei haben die Vertragsparteien sicherzustellen, dass Mitnahmeeffekte ausgeschlossen werden. Die verein-

barte Zahl von Betreuungskräften gilt für die Laufzeit der Pflegesatzvereinbarung.

Voraussetzung ist, dass nachweislich zusätzliches sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Betreuungspersonal eingesetzt wird. Dessen Aufwendungen können weder bei der prospektiven Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden. Die weiteren Regelungen, wie zum Beispiel die Kürzung von Vergütungen im Falle nicht qualitätsgerechter Leistungserbringung (§ 115 Abs. 3), sind entsprechend anzuwenden.

Ferner ist Voraussetzung, dass die Heimbewohner über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderliche Versorgung hinaus zusätzlich betreut und aktiviert werden.

Der Spitzenverbund Bund der Pflegekassen hat nach Anhörung der Bundesvereinigungen der vollstationären Pflegeeinrichtungen bis zum 31. August 2008 verbindliche Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben der für die zusätzliche Betreuung einzusetzenden Betreuungskräfte zu beschließen. Für die komplementäre Betreuung wird regelmäßig der Einsatz von Helferinnen und Helfern sachgerecht sein, die beispielsweise nach pflegfachlicher Anleitung die Betreuung einer Gruppe von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung übernehmen (vgl. auch § 45c Abs. 3). Nicht angemessen erscheint es hingegen, die Zuschläge auf der Basis des Einsatzes von Pflegefachkräften mit gerontopsychiatrischer Zusatzausbildung zu bemessen. Bei den Regelungen ist selbstverständlich der allgemein anerkannte Stand der wissenschaftlichen und praktischen medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse zu beachten.

Die für ihre demenziell erkrankten Pflegebedürftigen vereinbarten Vergütungszuschläge rechnet das Pflegeheim direkt mit der zuständigen Pflegekasse ab. Der bei einem privaten Versicherungsunternehmen versicherte Heimbewohner legt die Rechnung dem Unternehmen zur Erstattung vor, bei dem er versichert ist. Auch er wird – nach Erstattung durch seine Versicherung entsprechend dem vertraglich vereinbarten Versicherungsschutz – ebenso wie die Träger der Sozialhilfe durch die Zuschläge nicht mit Kosten belastet. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Beihilfestsetzungsstellen ebenfalls Kosten tragen.

Aufgrund der prospektiven Vereinbarung der Zuschläge schwankt die Gesamtvergütung, die das Pflegeheim für die zusätzlichen Betreuungskräfte erhält, wie bei den Pflegesätzen im Zeitverlauf. Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass mit den Zuschlägen für die zusätzliche Betreuung alle für die zusätzliche Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen zusätzlichen Betreuungsleistungen abgegolten sind.

In der Vorschrift wird ausdrücklich geregelt, dass dem Pflegebedürftigen mit der Zahlung des Vergütungszuschlags durch die Pflegekasse ein eigener Rechtsanspruch gegen die Pflegeeinrichtung auf Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung erwächst. Bei der Vereinbarung zwischen der Pflegekasse und der Pflegeeinrichtung handelt es sich demnach um einen Vertrag zugunsten Dritter, wobei der Anspruch des Dritten, also des Pflegebedürftigen, bis zur Zahlung des Vergütungszuschlags aufschiebend bedingt ist.

Es wird sichergestellt, dass bei der Auswahl eines Pflegeheimes auch Transparenz darüber hergestellt wird, ob ein zusätzliches Betreuungsangebot vorhanden ist.

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung werden künftig nicht nur im ambulanten Bereich, sondern auch in den Pflegeheimen das Vorliegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz prüfen (vgl. § 18 Abs. 1 Satz 2).

Zu Nummer 54a (§ 92)

Ausgehend vom Vorschlag des Bundesrates wird auf Detailregelungen zu den Landespflegeausschüssen so weit wie möglich verzichtet. Die Regelungen werden gestrafft, ohne die Aufgaben der Landespflegeausschüsse zur Beratung und zur Abgabe von Empfehlungen im Kern zu verändern.

Die Ermächtigung der Landesregierungen wird auf die Berufung der Organisationen ausgedehnt, die den Landespflegeausschüssen angehören sollen. Durch den Verzicht auf die beispielhafte Nennung der den Ausschüssen angehörenden Mitglieder (vgl. den bisherigen Absatz 2) wird die Klarstellung erforderlich, dass die Ausschüsse aus dem Kreis der an der pflegerischen Versorgung Beteiligten ausgewogen zu besetzen sind. Insbesondere der ausgewogenen Besetzung kommt eine große Bedeutung zu, damit nicht durch eine unausgewogene Beteiligung von Organisationen oder beispielsweise durch die sich ergebende Stimmverteilung bestimmten an der pflegerischen Versorgung Beteiligten eine Vormachtstellung eingeräumt wird.

Durch die Änderungen wird der Raum zur Ausgestaltung durch die Landesregierungen vergrößert. Mit dem Änderungsantrag wird dem Kern des Anliegens des Bundesrates Rechnung getragen.

Zu Nummer 57 (§ 92c)

Pflegestützpunkte werden durch die Änderungen in Absatz 1 auf Initiative eines Landes eingerichtet. Sollen aus Sicht des Landes Pflegestützpunkte gebildet werden, haben die Pflegekassen Pflegestützpunkte zu errichten. Die Regelung stellt klar, dass Pflegestützpunkte eine unabhängige und umfassende Beratung sowie ein Fallmanagement anbieten müssen.

Die Pflegekassen richten gemeinsam mit den weiteren Trägern unter einem Dach wohnortnahe und gut erreichbare Pflegestützpunkte auf der Grundlage der im Land vorhandenen Strukturen ein, wenn die oberste Landesbehörde dies bestimmt.

Vorgesehen ist weiter eine Anschubfinanzierung bis zu einem Gesamtbetrag von 60 Mio. Euro, der nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt wird. Soweit die Anteile an der Anschubfinanzierung einzelner Länder nicht in Anspruch genommen werden, verfallen diese Mittel mit dem 30. Juni 2011 und verringern damit die tatsächliche Gesamtbelastung der Pflegekassen. Eine Überlaufregelung, nach der nicht abgerufene Beträge eines Landes den finanziellen Rahmen in anderen Ländern erhöhen, die Pflegestützpunkte aufbauen, ist nicht vorgesehen.

Pflegestützpunkte sind keine Behörden im Sinne der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 20. Dezember 2007 zur Unzulässigkeit einer Mischverwaltung, wie bei den Arbeitsgemeinschaften nach dem Zweiten Buch, da die

einzelnen Träger lediglich unter einem gemeinsamen Dach ihren Aufgaben nachgehen.

Die Absätze 8 und 9 sehen die Möglichkeit der Vereinbarung von Rahmenverträgen auf Landesebene und die Verabschiedung von Empfehlungen auf Bundesebene vor. Damit wird einem Anliegen des Bundesrates Rechnung getragen.

Zu Nummer 61 (§ 97a)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neuformulierung des § 114.

Zu Nummer 69 (§ 112)

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll seine beratende Funktion gegenüber den Pflegeeinrichtungen in Zukunft ohne Einschränkung wahrnehmen.

Zu Nummer 70 (§ 113)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neuformulierung des § 114.

Zu Buchstabe b

Die Änderung setzt einen Vorschlag des Bundesrates um. Eine Regelung der Verfahrensweise bei Anfechtung von Entscheidungen der Schiedsstelle ist an dieser Stelle entbehrlich, da die gleichlautende Vorschrift in § 113b Abs. 1 Satz 3 und 4 (Schiedsstelle Qualitätssicherung) die entsprechenden Bestimmungen enthält.

Zu Nummer 71 (§ 113b)

Zu Buchstabe a

Durch die Versetzung des Einrichtungsdatums der Schiedsstelle auf den 30. September 2008 wird den Vertragsparteien mehr Zeit zur Umsetzung eingeräumt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Der Änderungsantrag greift eine Anregung des Bundesrates auf. Die Regelung stellt im Zusammenhang mit der Änderung in Absatz 1 und der Neufassung des Satzes 7 sicher, dass ab dem 1. November 2008 die Schiedsstelle Qualitätssicherung errichtet und arbeitsfähig ist, um die im Gesetz genannten Aufgaben zu erfüllen. Zu diesem Zweck werden zusätzliche Fristen eingeführt. Wenn die Vertragsparteien und die weiteren einzubeziehenden Organisationen die Mitglieder der Schiedsstelle nicht bis zum 30. September 2008 bestellen, wird die Schiedsstelle durch die vom Präsidenten des Bundessozialgerichts bis zum 31. Oktober 2008 zu berufenen drei unparteiischen Mitglieder gebildet.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Regelung wird erreicht, dass selbst dann, wenn die beteiligten Organisationen bis zum 30. September 2008 keine Mitglieder bestellen, dennoch ab dem 1. November 2008 eine Schiedsstelle Qualitätssicherung wirksam errichtet ist.

Zu Doppelbuchstabe cc

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die in den Sätzen 8 und 9 getroffenen Regelungen in den neuen Absatz 3 der erweiterten Vorschrift integriert.

Zu Buchstabe c

Zur besseren Übersichtlichkeit der erweiterten Vorschrift wird ein neuer Absatz 3 gebildet, in dem die ergänzten Regelungen zur Geschäftsordnung der Schiedsstelle zusammengefasst sind. Wenn die Vereinbarungspartner sich nicht bis zum 30. September 2008 auf eine Geschäftsordnung für die Schiedsstelle verständigen, ist eine Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit vorgesehen. Der Inhalt der Geschäftsordnung wird in diesem Fall durch das Bundesministerium für Gesundheit festgelegt.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des neuen Absatzes 3. Absatz 4 war bisher als Absatz 3 eingestellt.

Zu Nummer 72 (§ 114)

Zu Absatz 1

Gegenüber dem Gesetzentwurf werden die Prüfarten der Stichprobenprüfung und der Vergleichsprüfung im Zuge der Einführung eines jährlichen Prüfturnus ab dem Jahr 2011 gestrichen.

Zu Absatz 2

Ab dem Jahr 2011 sind alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen in einem jährlichen Turnus zu prüfen. In den zweieinhalb Jahren ab Inkrafttreten des Gesetzes bis zum 31. Dezember 2010 sind alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen mindestens einmal zu prüfen. Neu gegenüber dem Gesetzentwurf ist auch, dass die Qualitätsprüfungen zukünftig den Schwerpunkt auf die Prüfung der Ergebnisqualität zu legen haben. Bei der Prüfung der Ergebnisqualität sind insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes, der Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen und der Zufriedenheit der pflegebedürftigen Person zu berücksichtigen.

Der Spitzenverband Bund hat die dafür notwendigen Voraussetzungen in der Richtlinie nach § 114a Abs. 7 (Nr. 73 des Gesetzentwurfs) in der durch Änderungsantrag ergänzten Fassung zu schaffen.

Zu Absatz 3

Die Einführung des einjährigen Prüfrhythmus mit der Schwerpunktsetzung auf Aspekte der Ergebnisqualität bedingt auch die Streichung der im Gesetzentwurf vorgesehenen Möglichkeit der Verlängerung des Zeitraums bis zur nächsten Regelprüfung. Eine Prüfung der Ergebnisqualität im jährlichen Abstand ist in jedem Fall sicherzustellen. Heimaufsichtsrechtliche Prüfungen legen ihren Schwerpunkt in der Regel auf Aspekte der Struktur- und Prozessqualität. Hier sind Beschränkungen der Prüftätigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sinnvoll und sollen vor allem durch Absprachen mit den Heimaufsichtsbehörden gemäß § 117 erreicht werden.

In der geänderten Fassung sind die bisherigen Sätze 2 und 3 in den neuformulierten Absatz 4 integriert worden.

Zu Absatz 4

Die Änderung zielt darauf ab, eine Flexibilisierung des Prüfgeschehens zu erreichen, das interne Qualitätsmanagement durch eine angemessene Berücksichtigung von Ergebnissen aus unabhängigen Prüfungen zu stärken, zugleich aber eine regelmäßige Prüfung der personenbezogenen Ergebnisqualität in allen Pflegeeinrichtungen im Rhythmus der Regelprüfung sicherzustellen.

Im Rahmen von Regelprüfungen können Pflegeeinrichtungen den Landesverbänden der Pflegekassen Ergebnisse aus Prüfungen zur Struktur- und Prozessqualität vorlegen, die von ihnen selbst oder dem Einrichtungsträger veranlasst wurden. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Prüfung

- durch geeignete, unabhängige und zuverlässige Sachverständige oder Prüfinstitutionen durchgeführt worden ist,
- auf einem anerkannten Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität beruht,
- nicht länger als ein Jahr zurückliegt und
- ihre Ergebnisse entsprechend der Neuregelung des Gesetzentwurfs veröffentlicht werden.

In der Änderung wird geregelt, dass in diesen Fällen die Landesverbände der Pflegekassen abweichend von den Bestimmungen zur Regelprüfung in Absatz 2 den Umfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern haben. In jedem Fall ist aber eine obligatorische Prüfung der personenbezogenen Ergebnisqualität durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durchzuführen. Die bisher vorgesehene Stichprobenprüfung entfällt.

In der Prüfung der personenbezogenen Ergebnisqualität sind insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und der Zufriedenheit der pflegebedürftigen Person zu berücksichtigen. Werden dabei Mängel festgestellt, haben die Landesverbände der Pflegekassen gemäß § 115 Abs. 2 darüber zu entscheiden, welche Maßnahmen zu treffen sind. Absatz 5 (Wiederholungsprüfung) gilt entsprechend. Zur Beurteilung der Ergebnisqualität sind die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Abs. 7 unter Berücksichtigung von auf wissenschaftlicher Grundlage erarbeiteten und praxiserprobten Indikatoren und Instrumenten fortzuentwickeln.

Mit der Änderung wird auch einer Forderung des Bundesrates Rechnung getragen.

Zu Absatz 5

In Absatz 5 wurden die Regelungen zur Vergleichsprüfung gestrichen, da diese Prüfmethode künftig entfällt.

Darüber hinaus wurde klargestellt, dass auch für Anlassprüfungen zukünftig gilt, dass ihr Schwerpunkt in der Prüfung der Ergebnisqualität liegt.

Die Änderung in Satz 2 steht im Zusammenhang mit der ergänzenden Regelung in Satz 3, mit der eine Anregung des Bundesrates aufgegriffen wird.

Neu geregelt wird in Satz 2, dass die Pflegeeinrichtungen die Kosten für eine von den Landesverbänden der Pflegekassen veranlasste Wiederholungsprüfung zu tragen haben. Dies ist aus Gründen der Gleichbehandlung mit der im nachfolgenden Satz 3 eingeführten Wiederholungsprüfung auf Antrag der Pflegeeinrichtung erforderlich. Pflegeeinrichtungen, in denen Wiederholungsprüfungen von den Landesverbänden der Pflegekassen aufgrund gravierender Qualitätsmängel veranlasst werden, sollen finanziell nicht besser gestellt werden als Pflegeeinrichtungen, die in eigener Initiative eine Wiederholungsprüfung beantragen, um den Nachweis zu erbringen, dass möglicherweise auch weniger gravierende Mängel zeitnah behoben worden sind. Die Kostenlast bei den Einrichtungen anzusiedeln, ist auch geboten, da die Ursache für die Wiederholungsprüfung in der nicht qualitätsgerechten Erbringung der Leistung liegt. In beiden Fällen werden die Ergebnisse der Wiederholungsprüfung der Öffentlichkeit mitgeteilt (§ 115 Abs. 1a) und wirken sich somit positiv für die Einrichtungen aus.

Der neu eingefügte Satz 3 greift eine Anregung des Bundesrates auf. Pflegeeinrichtungen, bei denen durch eine Qualitätsprüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Defizite in der Pflegequalität festgestellt wurden, sollen in begründeten Fällen auf eigenen Antrag die Möglichkeit erhalten, durch eine Wiederholungsprüfung zu dokumentieren, dass wesentliche Mängel zeitnah abgestellt worden sind. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass – insbesondere auch durch die nach § 115 Abs. 1a vorgesehene Veröffentlichungspflicht – die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen Folgen für die Wettbewerbsposition der Einrichtung haben können. Wenn die Einrichtung die festgestellten wesentlichen Qualitätsmängel zeitnah behoben hat, ist es unverhältnismäßig, bis zur nächsten Regelprüfung keine Korrektur der ursprünglichen Veröffentlichung zu ermöglichen. Darüber hinaus wird durch die zeitnahe Möglichkeit zur Dokumentation von Verbesserungen ein Anreiz für zügige Qualitätsentwicklung gesetzt, was den pflegebedürftigen Menschen unmittelbar zugutekommt. Zudem liegt es im Interesse derjenigen, die auf der Suche nach Informationen sind, über die aktuelle Situation – und somit auch über zwischenzeitlich erfolgte Qualitätsverbesserungen – informiert zu werden.

Zu Nummer 73 (§ 114a)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Änderung wird geregelt, dass alle Qualitätsprüfungen in Zukunft grundsätzlich unangemeldet durchzuführen sind. Eine angemeldete Prüfung ist nur dann angezeigt, wenn aus organisatorischen Gründen die Durchführung einer Prüfung sonst nicht möglich wäre, etwa wenn die Einwilligung von rechtlichen Betreuern bei der Inaugenscheinnahme nach § 114a Abs. 3 einzuholen ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung entspricht der Änderung zu Nummer 69 (§ 112 Abs. 3 – neu –), durch die die Beratungsaufgabe des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung gestärkt wird. Dies gilt insbesondere im Zusammenhang mit dessen Prüftätigkeit.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Einfügung wird sichergestellt, dass die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen sind. Dies gilt insbesondere für den neu in das Gesetz eingefügten Schwerpunkt der Ergebnisqualität im Rahmen der gesamten Prüftätigkeit. Dadurch wird sichergestellt, dass Prüfinhalte und Prüfpraxis des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sich an pflegewissenschaftlichen Kriterien, an den Erfordernissen eines beratungsorientierten Prüfansatzes sowie an der Zielsetzung der verbraucherorientierten Veröffentlichung von Prüfungsergebnissen ausrichten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 74 (§ 115)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuformulierung des § 114 Abs. 4, wonach ein Ersatz der Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung nicht ganz, sondern nur hinsichtlich von Ergebnissen aus Prüfungen von Struktur- und Prozessqualität möglich ist.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Neuformulierung des § 114.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Einfügung des neuen Satzes 4 steht im Zusammenhang mit den neu in § 114 Abs. 5 eingestellten Regelungen, wonach Pflegeeinrichtungen unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit haben, auf ihre Kosten eine Wiederholungsprüfung bei den Landesverbänden der Pflegekassen zu beantragen. Die Verpflichtung zur zeitnahen Veröffentlichung der Ergebnisse bezieht sich jedoch nicht nur auf die von den Einrichtungen beantragte, sondern auf alle Wiederholungsprüfungen.

Mit der Verpflichtung, zeitnah die Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen zu veröffentlichen, wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen Folgen für die Wettbewerbsposition der Einrichtung haben können. Wenn die Einrichtung die festgestellten wesentlichen Qualitätsmängel zeitnah behoben hat, ist es unverhältnismäßig, bis zur nächsten Regelprüfung keine Korrektur der ursprünglichen Veröffentlichung zu ermöglichen. Darüber hinaus wird durch die zeitnahe Möglichkeit zur Dokumentation von Verbesserungen ein Anreiz für zügige Qualitätsentwicklung gesetzt, was den pflegebedürftigen Menschen unmittelbar zugutekommt. Zudem liegt es im Interesse derjenigen, die auf der Suche nach Informationen sind, über die aktuelle Situation – und somit auch über zwischenzeitlich erfolgte Qualitätsverbesserungen – informiert zu werden.

Die Änderung greift eine Forderung des Bundesrates auf.

Durch die Regelung in dem neuen Satz 5 wird sichergestellt, dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen auch in der Pflegeeinrichtung selbst eine aktuelle Information über das Ergebnis der Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen erhalten. Dabei soll an gut sichtbarer Stelle, etwa im Eingangsbereich der Einrichtung, eine Zusammenfassung der aktuellen Prüfungsergebnisse und eine gut und auf den ersten Blick verständliche Information zur Einordnung der Pflegeeinrichtung anhand einer Bewertungssystematik erfolgen. Dies kann beispielsweise ein Ampelschema (rot–gelb–grün) oder eine Bewertung mit Sternen sein.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Bewertungssystematik ist im Rahmen der zwischen den Vertragsparteien zu treffenden Vereinbarung zu bestimmen.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Doppelbuchstabe cc.

Zu Nummer 79 (§ 122)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 45b.

Zu Artikel 3 (§ 3 Abs. 4 Satz 2)

Entsprechend der Anregung des Bundesrates erfolgt eine redaktionelle Anpassung an den Sprachgebrauch des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG).

Zu Artikel 4

Zu Nummer 6 (§ 349)

Zu Buchstabe a

Klarstellung für die Beteiligten, dass sich die Vereinbarung auf das gesamte Verfahren der Beitragszahlung und -abrechnung beziehen kann.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung berechtigt die Bundesagentur für Arbeit – wie bei anderen (Sozial-)Leistungen auch – die Beitragszahlung für die Pflegezeit bei den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, zu prüfen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung entspricht der bisherigen Fassung des Artikels 4 Nr. 6 Buchstabe b des Gesetzentwurfs.

Zu Artikel 6

Zu Nummer 3 (§ 11 Abs. 4) – neu –

Die Änderung betont die besondere Bedeutung der Pflege bei der Durchführung des Versorgungsmanagements.

Hauptanwendungsbereich für ein Versorgungsmanagement ist das Entlassungsmanagement nach stationärer Versorgung. Insbesondere die Krankenhäuser haben ein Entlassungsmanagement zur Gewährleistung des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege einzurichten. Die Durchführung erfolgt durch hierfür qualifiziertes Personal, insbesondere Pflegefachkräfte, die koordinierend mit den behandelnden Krankenhausärzten, den stationär Pflegenden, dem sozialen Dienst, der jeweiligen Krankenkasse, den Angehörigen und den Vertragsärzten oder den aufnehmenden Einrichtungen zusammenwirken.

Zu Nummer 6 (§ 40 Abs. 3)

Die Krankenkasse hat an die Pflegekasse eine Ausgleichszahlung für nicht rechtzeitig erbrachte Rehabilitationsmaßnahmen zu leisten. Die Verdoppelung des Betrags von 1 536 auf 3 072 Euro erhöht die Motivation für die Krankenkassen, die entsprechenden Leistungen zeitnah zu erbringen.

Zu Nummer 8 (§ 63)

Die Änderung ermöglicht den Krankenkassen, Modellvorhaben im Bereich der Physiotherapie zu vereinbaren. In den Modellvorhaben kann vereinbart werden, dass Physiotherapeuten mit einer Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes abweichend von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Auswahl und die Dauer der vom Arzt verordneten Therapie einschließlich der Frequenz der Behandlungseinheiten entscheiden. Die Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss dient der einheitlichen Handhabung und der Akzeptanz der Regelung. Wegen der Auswirkungen auf das Berufsbild sowohl der Ärzte als auch der betroffenen Berufsgruppen der Pflege sind die Bundesärztekammer und die maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe bei der Erstellung der Richtlinien zu beteiligen. Die Ausgestaltung der Modellvorhaben im Einzelnen bleibt den Vertragspartnern der Modellvorhaben vorbehalten. Im Regelungsbereich des § 63 Abs. 3b bedarf es keiner Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses. Hier beschreiben bereits die gesetzlichen Vorgaben ausreichend klar, bei welchen Tätigkeiten Modellvorhaben möglich sind.

Zu Nummer 8a (§ 87 Abs. 2b) – neu –

Nach den derzeit geltenden Regelungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab ist ein ärztlicher Hausbesuch nur dann berechnungsfähig, wenn der Arzt hierzu die Praxis verlässt und sich an eine andere Stelle zur Behandlung der Patienten begibt. Die Neuregelung gibt dem Bewertungsausschuss auf, eine Regelung zu treffen, wonach eine vom Hausarzt angeordnete und von ihm zu verantwortende Hilfeleistung einer anderen Person (§ 28 Abs. 1 Satz 2), die in der Häuslichkeit des Patienten erbracht wird, abgerechnet werden kann, ohne dass der Arzt bei der Erbringung persönlich anwesend ist. Auch diese im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen der hausärztlichen Versorgung neu aufzunehmende Gebührenposition ist – wie die übrigen EBM-Positionen – vom Arzt mit der Kassenärztlichen Vereinigung als ärztliche Behandlung abzurechnen.

Berufsrechtlich setzt eine ärztliche Behandlung nicht zwingend die persönliche Anwesenheit des Arztes voraus. Ärzt-

liche Aufgaben können durchaus auf nichtärztliches medizinisches Personal delegiert werden (z. B. Pflegefachkräfte), wenn dieses Personal für die Ausübung der Tätigkeit ausreichend qualifiziert ist. Weitere Voraussetzung ist, dass der delegierende Arzt die Möglichkeit hat, das medizinische Personal in ausreichender Form zu überwachen. Auch vertragsarztrechtlich ist eine solche Form der Leistungserbringung möglich. Dies folgt aus § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, wonach zur ärztlichen Behandlung auch die Hilfeleistung anderer Personen gehört, die von dem Arzt angeordnet und von ihm verantwortet wird.

Ein Beispiel für die beschriebene Delegation ärztlicher Leistungen auf nichtärztliches medizinisches Personal ist das seit 2005 in den neuen Bundesländern durchgeführte Modellprojekt der Gemeindeschwester „AGnES“ (AGnES = Arztlastende, Gemeindenahe, EHealth-gestützte, Systematische Intervention). Die Gemeindeschwester besucht „als verlängerter Arm“ nach Anweisung des Hausarztes (Delegation) die Versicherten in ihrer Häuslichkeit und wird insbesondere vorbeugend, beratend, betreuend und therapieüberwachend tätig. Der Arzt ist bei dieser Tätigkeit nicht persönlich anwesend. Die Pflegefachkraft steht jedoch bei Durchführung der Tätigkeiten in zum Beispiel telemedizinischem Kontakt mit dem Arzt, der auf diesem Wege seiner Überwachungspflicht nachkommt.

Zu Nummer 9a (§ 116b Abs. 6)

Die Regelung stellt klar, dass Krankenhäuser, die zur ambulanten Behandlung nach § 116b zugelassen sind, zur Verordnung von Arzneimitteln und weiteren Leistungen berechtigt sind. Im Rahmen der ambulanten Behandlung sollen notwendige Verordnungen weiterer Leistungen aus einer Hand erfolgen können, soweit diese zur Behandlung der Indikationen notwendig sind, für die das Krankenhaus zugelassen ist. Dazu sollen die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung verwendeten Arzneiverordnungsblätter (Muster 16) Anwendung finden. Um eine eindeutige Zuordnung der bei der Behandlung nach § 116b Abs. 2 verordneten Arzneimittel zu ermöglichen, erhalten die nach § 116b Abs. 2 zugelassenen Krankenhäuser eindeutige Kennzeichen, die entsprechend den Regelungen in der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden sollen. Dies ist erforderlich für die Bereinigung der Vereinbarung nach § 84 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1. Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen erfolgt durch die Krankenkassen, die sich dabei an den Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung zu orientieren haben. Abweichend davon können Krankenkassen oder ihre Verbände mit dem jeweiligen Krankenhausträger das Nähere zu Inhalt und Durchführung vertraglich vereinbaren.

Zu Nummer 10 (§ 119b)

Die Änderung betont den Vorrang von Kooperationsverträgen vor einer Ermächtigung einer stationären Pflegeeinrichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit angestellten Ärztinnen und Ärzten. Hierzu können nach Satz 1 die Pflegeeinrichtungen bei entsprechendem Bedarf Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen. Möglich sind dabei auch gemeinsame Kooperationsverträge mehrerer Pflegeeinrichtungen. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen

Vereinigung nach § 75 Abs. 1 bleibt hiervon unberührt. Bestehende Kooperationen können fortgeführt werden. Auf Antrag einer Pflegeeinrichtung hat die Kassenärztliche Vereinigung entsprechende Kooperationsverträge anzustreben. Als Leistungserbringer dieser Kooperationsverträge kommen dabei insbesondere niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte sowie medizinische Versorgungszentren in Betracht. Die Kassenärztliche Vereinigung hat nach Zugang des Antrags einer Pflegeeinrichtung sechs Monate Zeit, den Kooperationsvertrag anzustreben. Kommt ein solcher Vertrag nicht zustande, besteht nach Satz 3 der Regelung für die Pflegeeinrichtung die Möglichkeit, einen oder mehrere Ärztinnen und Ärzte anzustellen und sich vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung ermächtigen zu lassen. Erfolgt die ärztliche Versorgung der Versicherten in der Pflegeeinrichtung durch einen Arzt, der in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellt ist, tritt an die Stelle der Institutsermächtigung eine persönliche Ermächtigung des Arztes. Satz 4 stellt klar, dass der in § 76 geregelte Grundsatz der freien Arztwahl durch die Vorschrift unberührt bleibt.

Zu Nummer 11 (§ 120)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Änderung des neuen § 119b. Soweit danach statt einer Ermächtigung der stationären Pflegeeinrichtung auch eine persönliche Ermächtigung eines Arztes möglich ist, gilt auch für diesen Fall, dass die von diesem erbrachten ärztlichen Leistungen nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten ist. Die Abrechnung der Vergütung der erbrachten ärztlichen Leistungen erfolgt durch die stationären Pflegeeinrichtungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung.

Zu Nummer 12a (§ 136 Abs. 4)

Mit dieser Vorschrift wird es den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen ermöglicht, für ihren Bezirk Qualitätsprogramme aufzulegen sowie erfolgreich etablierte Qualitätsmaßnahmen fortzuführen bzw. weiterzuentwickeln. Hierfür wird ihnen die Kompetenz eingeräumt, regionale Vergütungsvereinbarungen zu schließen, mit denen genau zu bestimmende qualitätsgesicherte Leistungen gefördert werden können. Eine effektive Qualitätssteuerung bedarf solcher ökonomischer Anreize. Die Kostenneutralität der Förderung der Programme ist durch die obligatorische Ausgleichsregelung in Satz 2 sichergestellt. Die Vorschrift ist erforderlich, weil durch die Neukonstruktion der Vergütungsregelungen (§§ 87a bis 87c) ab 1. Januar 2009 die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen ansonsten keine Möglichkeit mehr hätten, auf regionaler Ebene vergütungsbezogene Qualitätssicherungskonzepte zu vereinbaren.

Anlässlich der Beratungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) hatte der Bundesrat einen gleichlautenden Antrag angenommen (Bundesratsdrucksache 755/06 (Beschluss), Nummer 51). Die Bundesregierung hatte in ihrer Gegenäußerung die Prüfung des Antrags zugesagt.

Zu Nummer 15 (§ 294a)

Es handelt sich um eine rechtstechnische Änderung und Klarstellung des Gewollten.

Zu Artikel 7

Zu Nummer 1 (§ 4 Abs. 1) – neu –

Die Änderung zu § 4 Abs. 1 steht im Zusammenhang mit § 92c des Elften Buches Sozialgesetzbuch, der die Errichtung von Pflegestützpunkten u. a. unter der Beteiligung der Träger der Sozialhilfe vorsieht. Zur Sicherstellung der Beteiligung an den Pflegestützpunkten werden in Absatz 1 Satz 1 die Träger von Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch ausdrücklich erwähnt und damit die Bedeutung der Zusammenarbeit von Trägern der Sozialhilfe und von Trägern der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch besonders hervorgehoben. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit nimmt das gemeinsame Handeln zwischen den Trägern der Sozialhilfe und den übrigen Beteiligten der Pflegestützpunkte (wie die Pflegekassen, Krankenkassen und Kommunen) zur Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden Hilfe- und Unterstützungsangebote eine herausragende Bedeutung ein. Dies wird in Satz 2 klargestellt.

Die Änderung zu § 61 Abs. 6 entspricht der Regelung im Gesetzentwurf.

Zu Artikel 8

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung sowie um eine Folgeänderung zur Aufhebung des § 80 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und zu dessen Neuformulierung in § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch im inhaltlichen und systematischen Zusammenhang mit den weiteren Regelungen der Qualitätsentwicklung.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der stufenweisen Erhöhung der Pflegegeldbeträge in § 37 Abs. 1 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Diese Anpassung ist erforderlich, weil sich die Höhe des Pflegegeldes gemäß § 26c Abs. 8 des Bundesversorgungsgesetzes nach den Beträgen des § 37 Abs. 1 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch richtet.

Zu Artikel 9

Es handelt sich um eine redaktionelle Ergänzung, die vorgenommen werden muss, nachdem nun das Gesetz zur Reform des Versicherungsvertragsrechts im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wurde.

Zu Artikel 14

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung der Meldung nach Artikel 1 Nr. 24 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb. Eine Meldung bei Beginn und Ende der Pflegezeit wird nicht benötigt.

Zu Artikel 15**Zu Nummer 3 (§ 4)**

Klarstellung des Gewollten: Die Krankenkassen müssen verbindlich zugesagt haben, ein Modellvorhaben mit entsprechend qualifizierten Fachkräften durchzuführen. Die Regelung macht deutlich, dass es bei den Modellen um ein Zusammenwirken von Berufsrecht und Versorgung geht. Daneben dient die Regelung auch dem Schutz der Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer und stellt sicher, dass sie mit ihrer zusätzlich erworbenen Qualifikation im Rahmen eines Modellvorhabens in der GKV tätig werden können. Außerdem bildet das nach § 63 Abs. 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehene Modell den inhaltlichen Prüfungsmaßstab für die Genehmigung der Ausbildungspläne, die geeignet sein müssen, die erforderliche Qualifikation für die Durchführung der in dem jeweiligen Modellvorhaben vorgesehenen Tätigkeiten zu vermitteln.

Zu Artikel 16**Zu Nummer 3 (§ 4)**

Klarstellung des Gewollten: Die Krankenkassen müssen verbindlich zugesagt haben, ein Modellvorhaben mit entsprechend qualifizierten Fachkräften durchzuführen. Die Regelung macht deutlich, dass es bei den Modellen um ein Zusammenwirken von Berufsrecht und Versorgung geht. Daneben dient die Regelung auch dem Schutz der Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer und stellt sicher, dass sie mit ihrer zusätzlich erworbenen Qualifikation im Rahmen eines Modellvorhabens in der GKV

tätig werden können. Außerdem bildet das nach § 63 Abs. 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehene Modell den inhaltlichen Prüfungsmaßstab für die Genehmigung der Ausbildungspläne, die geeignet sein müssen, die erforderliche Qualifikation für die Durchführung der in dem jeweiligen Modellvorhaben vorgesehenen Tätigkeiten zu vermitteln.

Zu Artikel 16a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 116b Abs. 2 SGB V durch das GKV-WSG. Die Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung nach § 116b SGB V erfolgt nicht mehr durch Vertrag, sondern wird im Rahmen der Landeskrankenhausplanung dazu bestimmt. Insofern ist der Vertragsvorbehalt für die Abgabe von Arzneimitteln im Rahmen der Behandlung nach § 116b SGB V zu streichen.

Dadurch wird sichergestellt, dass Krankenhausapotheken Arzneimittel zur unmittelbaren Anwendung bei Patienten im Rahmen der Behandlung nach § 116b Abs. 2 SGB V abgeben dürfen. Voraussetzung für die Abgabe im Rahmen der Behandlung nach § 116b Abs. 2 SGB V ist ferner ein Vertrag nach § 129a Satz 1 SGB V.

Zu Artikel 17

Es wird zu Artikel 9 eine redaktionelle Ergänzung vorgenommen, die erforderlich geworden ist, nachdem nun das Gesetz zur Reform des Versicherungsvertragsrechts im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wurde.

Berlin, den 12. März 2008

Willi Zylajew
Berichterstatter

Hilde Mattheis
Berichterstatterin

Heinz Lanfermann
Berichterstatter

Dr. Ilja Seifert
Berichterstatter

Elisabeth Scharfenberg
Berichterstatterin

