

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

a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 18/1798, 18/2379 –

**Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches
Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige,
Pflegevorsorgefonds
(Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI-ÄndG)**

**b) zu dem Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann
(Zwickau), Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.**
– Drucksache 18/1953 –

**Menschenrecht auf gute Pflege verwirklichen – Soziale Pflegeversicherung
solidarisch weiterentwickeln**

A. Problem

Zu Buchstabe a

Nach Angaben der Bundesregierung wird der Bedarf an ambulanter und stationärer Pflege in Deutschland bedingt durch die demografische Entwicklung sowie durch die sich verändernden Bedürfnisse und Bedarfe pflegebedürftiger Menschen und ihrer Familienangehörigen in den kommenden Jahren deutlich ansteigen. Nach übereinstimmenden Schätzungen sei mit einer Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen von derzeit ca. 2,5 Millionen Menschen auf rund 3,5 Millionen Menschen im Jahre 2030 zu rechnen. Zugleich werde es sowohl in der häuslichen als auch in der stationären Pflege immer mehr Menschen mit Demenzerkrankungen geben. Bei gleichbleibend niedrigen Geburtenraten in Verbindung mit zunehmender Lebenserwartung werde auch die von den folgenden Generationen zu übernehmende Finanzierungslast zunehmen.

Über zwei Drittel aller Pflegebedürftigen in Deutschland werden laut Bundesregierung nach wie vor zu Hause gepflegt. Diese Pflegearbeit werde meist durch Angehörige erbracht. Die Veränderung von Erwerbsbiografien und Familien-

strukturen erfordere daher Maßnahmen zur Stabilisierung und flexibleren Gestaltung der häuslichen Pflege und deutliche Verbesserungen bei der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf.

Zu Buchstabe b

Nach Ansicht der Antragsteller ist die Pflegeversicherung unterfinanziert und kann als Teilleistungsversicherung nur einen geringen Teil der tatsächlichen Pflegekosten übernehmen. Zudem liege der Pflegeversicherung noch immer ein zu enger und einseitig verrichtungsbezogener Pflegebegriff zugrunde.

Die Bundesregierung wird aufgefordert, einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem das Teilkostenprinzip zugunsten einer solidarischen Ausgestaltung der Leistungen entsprechend den individuellen Bedürfnissen der Menschen mit Pflegebedarf abgeschafft werden soll. Als Sofortmaßnahme seien der Realwertverlust der Pflegeleistungen vollständig auszugleichen und die Sachleistungsbeträge für die Pflege je Kalendermonat um weitere 25 Prozent zu erhöhen. Für eine Neuausrichtung der Pflege an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen soll der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zügig gesetzlich verankert und umgesetzt werden.

B. Lösung

Zu Buchstabe a

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf verfolgt die Bundesregierung das Ziel, die Pflegeversicherung weiterzuentwickeln und zukunftsfest zu machen. In einem ersten Schritt sollen insbesondere die Leistungen der Pflegeversicherung zur Stärkung der häuslichen Pflege flexibilisiert und ausgeweitet werden.

Künftig kann die Verhinderungspflege für bis zu sechs Wochen (42 Kalendertage) im Kalenderjahr in Anspruch genommen und bis zu 50 Prozent des Kurzzeitpflegebetrags auch für häusliche Verhinderungspflege genutzt werden. Die Kurzzeitpflege kann um den Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege erhöht und um bis zu vier Wochen verlängert werden. Teilstationäre Tages- und Nachtpflege kann künftig zusätzlich zu ambulanten Geld- und Sachleistungen in Anspruch genommen werden, ohne dass eine Anrechnung der Ansprüche aufeinander erfolgt. Die bisher geltenden, sehr komplexen Regelungen zur Kombination dieser Leistungen werden aufgehoben. Im stationären Bereich werden die zusätzlichen Betreuungsangebote nach § 87b des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) auf alle Pflegebedürftigen ausgedehnt, zudem wird die Betreuungsrelation verbessert.

Mit diesen Maßnahmen werde nicht nur den Betroffenen geholfen, sondern auch ein wichtiger Beitrag zur Unterstützung pflegender Angehöriger und zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf geleistet.

Zusätzlich zu den bisherigen niedrighwelligen Betreuungsangeboten soll es künftig auch niedrighwellige Entlastungsangebote geben, die zur Entlastung von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen sowie vergleichbar Nahestehenden, die ehrenamtlich Pflegeverantwortung übernommen haben, beitragen würden. Damit würden neue Möglichkeiten zur Entlastung sowohl der auf Pflege und Betreuung angewiesenen Menschen als auch der Menschen, die für sie Pflegeverantwortung übernommen haben, eröffnet (§§ 45b, 45c SGB XI).

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes werden nach Angaben der Bundesregierung wesentliche Vorschläge des Expertenbeirates zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bereits im Jahr 2015 umgesetzt. In einem zweiten Schritt werde in dieser Legislaturperiode nach vorheriger Erprobung des neuen Begutachtungsverfahrens der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt.

Sach- und Geldleistungen der Pflegeversicherung, die als Euro-Beträge gesetzlich festgesetzt sind, werden – orientiert an der Preisentwicklung der letzten drei Jahre

– angepasst. Nahezu alle Leistungsbeträge werden mit Wirkung zum 1. Januar 2015 um 4 Prozent angehoben. Zugleich will die Bundesregierung die finanziellen Grundlagen der sozialen Pflegeversicherung verbessern. Der Beitragssatz wird zum 1. Januar 2015 um 0,3 Beitragssatzpunkte angehoben.

Mit der Bildung eines Pflegevorsorgefonds in der sozialen Pflegeversicherung soll die Finanzierung der aufgrund der demografischen Entwicklung im Zeitverlauf deutlich steigenden Leistungsausgaben gerechter auf die Generationen verteilt und damit auch der möglichen Gefahr einer langfristigen Beschränkung des Leistungsniveaus der Pflegeversicherung begegnet werden.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 18/1798, 18/2379 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe b

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 18/1953 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

C. Alternativen

Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 18/1798, 18/2379 und Annahme des Antrags auf Drucksache 18/1953.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Buchstabe a

Bund, Länder und Gemeinden

Für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden ergeben sich im Bereich der Beihilfe bei einer Übernahme der leistungsrechtlichen Änderungen im Jahr 2015 Mehrausgaben von rund 70 Millionen Euro. In den Folgejahren steigen die Mehrausgaben proportional zur Entwicklung der Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung. Bund, Länder und Gemeinden sind aufgrund der Beitragssatzerhöhung in ihrer Funktion als Arbeitgeber ab dem 1. Januar 2015 mit rund 112 Millionen Euro jährlich belastet. Zusätzlich entstehen dem Bund für die Übernahme der Beiträge für Bezieher von Grundsicherung für Arbeitsuchende durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben in Höhe von rund 100 Millionen Euro jährlich. Die Anhebung des Beitragssatzes um 0,15 Beitragssatzpunkte beim Arbeitnehmer führt infolge des höheren Sonderausgabenabzugs zu Mindereinnahmen bei der Einkommensteuer (einschließlich Solidaritätszuschlag) in Höhe von jährlich 455 Millionen Euro. Davon entfallen 208 Millionen Euro auf den Bund, 182 Millionen Euro auf die Länder und 65 Millionen Euro auf die Gemeinden. Für die Träger der Sozialhilfe ergeben sich durch die Anhebung der Leistungsbeträge Entlastungen gegenüber dem geltenden Recht von rund 140 Millionen Euro jährlich. Diese Einsparungen kommen den Ländern und Kommunen zugute. Für die Träger der Kriegsopferfürsorge (Anteil: Bund 80 Prozent, Länder 20 Prozent) ergeben sich durch die Anhebung der Leistungsbeträge geringe nicht bezifferbare Minderausgaben gegenüber dem geltenden Recht. Dem stehen im Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) für Leistungsempfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des SGB XII Kosten aus der Beitragssatzerhöhung in Höhe von etwa 3 Millionen Euro gegenüber und für Leistungsberechtigte in der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII in Höhe von etwa 18 Millionen Euro. Die Mehraufwendungen für die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sind

aufgrund der vollständigen Erstattung der Nettoausgaben vom Bund zu übernehmen. Die auf den Bundeshaushalt entfallenden Mehrausgaben werden innerhalb der betroffenen Einzelpläne ausgeglichen, ausgenommen sind die durch die Beitragssatzerhöhung anfallenden Mehrausgaben für die Beiträge zur Pflegeversicherung für die Bezieher von Arbeitslosengeld II und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

Soziale Pflegeversicherung

Die Anhebung des Beitragssatzes ab dem 1. Januar 2015 um 0,3 Beitragssatzpunkte führt im Jahr 2015 zu Mehreinnahmen von rund 3,63 Milliarden Euro in der sozialen Pflegeversicherung.

Dem stehen Mehrausgaben infolge der mit diesem Gesetz verbundenen Leistungsverbesserungen (insbesondere Dynamisierung, Flexibilisierung der Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Verbesserung der Tagespflege, Ausdehnung zusätzlicher Betreuungsangebote nach § 87b SGB XI in stationären Pflegeeinrichtungen und Verbesserung der Betreuungsrelation, Erstreckung der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI unter gleichzeitiger Erweiterung um zusätzliche Entlastungsleistungen auf alle Pflegebedürftigen bei teilweiser Anrechenbarkeit auf die ambulanten Sachleistungen sowie Erweiterung der Leistungsansprüche für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz unterhalb der Pflegestufe I) und infolge der Zuführung von Mitteln zum Vorsorgefonds von zusammen rund 3,53 Milliarden Euro gegenüber, wobei die erstmalige Mittelabführung für das Jahr 2015 teilweise erst nach Jahresabschluss erfolgt.

Arbeitslosenversicherung

Für die Bundesagentur für Arbeit entstehen durch die Beitragssatzerhöhung Mehrausgaben von rund 60 Millionen Euro jährlich. Aus der Erhöhung des Beitragssatzes für die Pflegeversicherung ergeben sich für die Bundesagentur für Arbeit als Arbeitgeber Mehrkosten bei den Personalausgaben (Personal nach dem Zweiten und Dritten Buch Sozialgesetzbuch) in Höhe von rund 5 Millionen Euro.

Zu Buchstabe b

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand wurden nicht erörtert.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Zu Buchstabe a

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht ein jährlicher Erfüllungsaufwand von rund 174 500 Stunden und rund 559 000 Euro.

Zu Buchstabe b

Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger wurde nicht erörtert.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Zu Buchstabe a

Für die Wirtschaft entstehen durch die Änderung bestehender Vorgaben einmalige Belastungen in Höhe von rund 826 000 Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 226 800 Euro. Durch die Streichung einer Vorgabe reduziert sich der Erfüllungsaufwand um rund 100 000 Euro jährlich.

Zu Buchstabe b

Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft wurde nicht erörtert.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Zu Buchstabe a

Keine.

Zu Buchstabe b

Bürokratiekosten aus Informationspflichten wurden nicht erörtert.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Zu Buchstabe a

Für die Verwaltung entstehen durch die Änderung bestehender Vorgaben ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 2,5 Millionen Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 3,9 Millionen Euro. Durch neue Vorgaben entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 10 000 Euro sowie jährliche Belastungen in Höhe von rund 3 830 Euro. Durch die Streichung einer Vorgabe reduziert sich der Erfüllungsaufwand um rund 1,85 Millionen Euro jährlich. Der auf den Bundeshaushalt entfallende Erfüllungsaufwand wird mit den vorhandenen Personal- und Sachmitteln innerhalb der jeweiligen Einzelpläne abgedeckt. Ein geringer einmaliger Umstellungsaufwand bei der Grundsicherung für Arbeitssuchende, bei der Bundesagentur für Arbeit und der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und des Bundesversicherungsamtes wird stellenmäßig und finanziell im Rahmen der bestehenden Ansätze ausgeglichen.

Zu Buchstabe b

Erfüllungsaufwand der Verwaltung wurde nicht erörtert.

F. Weitere Kosten

Zu Buchstabe a

Für die private Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich aus den auch für sie geltenden leistungsrechtlichen Änderungen im Jahr 2015 Mehraufwendungen von rund 70 Millionen Euro. In den Folgejahren steigen die Mehrausgaben proportional zur Entwicklung der Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung.

Die Mehrbelastung der Arbeitgeber aufgrund der Anhebung des Beitragssatzes beträgt etwa 1,03 Milliarden Euro im Jahr 2015 und verändert sich anschließend entsprechend der Lohn- und Beschäftigungsentwicklung.

Nennenswerte Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, ergeben sich nicht. Die Ausdehnung der zusätzlichen Betreuungsangebote für alle Pflegebedürftigen und die Verbesserung der Betreuungsrelation durch zusätzliche Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Stärkung der Nachfrage nach Pflegeleistungen aufgrund der Anhebung der Leistungsbeträge haben direkte und indirekte Beschäftigungseffekte. Hierdurch ergeben sich Mehreinnahmen bei Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen in diesem Bereich.

Zu Buchstabe b

Weitere Kosten wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

- a) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/1798, 18/2379 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;
- b) den Antrag auf Drucksache 18/1953 abzulehnen.

Berlin, den 15. Oktober 2014

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Edgar Franke
Vorsitzender

Erwin Rüdell
Berichtersteller

Mechthild Rawert
Berichterstatte^rin

Pia Zimmermann
Berichterstatte^rin

Elisabeth Scharfenberg
Berichterstatte^rin

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds

– Drucksachen 18/1798, 18/2379 –

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

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds	Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften
(Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI-ÄndG)	(Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I)
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	Artikel 1
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:	1. u n v e r ä n d e r t
a) Der Angabe zu § 30 werden ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.	
b) In der Angabe zur Überschrift des Fünften Abschnittes des Vierten Kapitels werden nach dem Wort „Betreuungsbedarf“ ein Komma und die Wörter „zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ eingefügt.	
c) Die Angabe zu § 45b wird wie folgt gefasst:	
„§ 45b Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, Verordnungsermächtigung“.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
d) Die Angabe zu § 45c wird wie folgt gefasst:	
„§ 45c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, Verordnungsermächtigung“.	
e) In der Angabe zur Überschrift des Vierten Abschnitts des Siebten Kapitels werden die Wörter „und Qualitätssicherung“ gestrichen.	
f) In der Angabe zu § 87b werden die Wörter „Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ durch die Wörter „zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen“ ersetzt.	
g) Die folgenden Angaben werden angefügt:	
„Vierzehntes Kapitel	
Bildung eines Pflegevorsorgefonds	
§ 131 Pflegevorsorgefonds	
§ 132 Zweck des Vorsorgefonds	
§ 133 Rechtsform	
§ 134 Verwaltung und Anlage der Mittel	
§ 135 Zuführung der Mittel	
§ 136 Verwendung des Sondervermögens	
§ 137 Vermögenstrennung	
§ 138 Jahresrechnung	
§ 139 Auflösung“.	
2. In § 7 Absatz 3 Satz 6 werden nach dem Wort „Betreuungsbedarf“ die Wörter „und Pflegebedürftige“ eingefügt und wird das Wort „Betreuungsangebote“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsangebote“ ersetzt.	2. u n v e r ä n d e r t
3. § 8 Absatz 3 wird wie folgt geändert:	3. § 8 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
a) In Satz 1 wird das Wort „Modellvorhaben“ durch die Wörter „Maßnahmen wie Modellvorhaben, Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen“ ersetzt.	a) u n v e r ä n d e r t
b) In <i>den Sätzen 7 und 8</i> wird <i>jeweils</i> das Wort „Modellvorhaben“ durch das Wort „Maßnahmen“ ersetzt.	b) In Satz 7 wird das Wort „Modellvorhaben“ durch das Wort „Maßnahmen“ ersetzt und werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „dabei sind auch regionale Modellvorhaben einzelner Länder zu berücksichtigen“ eingefügt.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	c) In Satz 8 wird das Wort „Modellvorhaben“ durch das Wort „Maßnahmen“ ersetzt.
	3a. Dem § 18 Absatz 3a wird folgender Satz angefügt:
	„Satz 1 Nummer 2 gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.“
4. In § 28 Absatz 1 Nummer 13 wird das Wort „Betreuungsleistungen“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ ersetzt.	4. un verändert
5. § 30 wird wie folgt geändert:	5. un verändert
a) Der Überschrift werden ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.	
b) Die Sätze 1 bis 4 werden Absatz 1 und in Satz 1 werden die Wörter „erstmals im Jahre 2014“ durch die Wörter „erneut im Jahre 2017“ ersetzt.	
c) Die Sätze 5 und 6 werden Absatz 2.	
6. § 36 wird wie folgt geändert:	6. un verändert
a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	
aa) Der Nummer 1 wird folgender Buchstabe d angefügt:	
„d) 468 Euro ab 1. Januar 2015,“.	
bb) Der Nummer 2 wird folgender Buchstabe d angefügt:	
„d) 1 144 Euro ab 1. Januar 2015,“.	
cc) Nummer 3 wird wie folgt geändert:	
aaa) In Buchstabe c wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	
bbb) Folgender Buchstabe d wird angefügt:	
„d) 1 612 Euro ab 1. Januar 2015.“	
b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „1.918“ durch die Angabe „1 995“ ersetzt.	
7. § 37 wird wie folgt geändert:	7. un verändert
a) Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:	
aa) Der Nummer 1 wird folgender Buchstabe d angefügt:	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„d) 244 Euro ab 1. Januar 2015,“.	
bb) Der Nummer 2 wird folgender Buchstabe d angefügt:	
„d) 458 Euro ab 1. Januar 2015,“.	
cc) Nummer 3 wird wie folgt geändert:	
aaa) In Buchstabe c wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	
bbb) Folgender Buchstabe d wird angefügt:	
„d) 728 Euro ab 1. Januar 2015.“	
b) In Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „21“ durch die Angabe „22“ und die Angabe „31“ durch die Angabe „32“ ersetzt.	
8. <i>In § 38a Absatz 1 wird im Satzteil vor Nummer 1 die Angabe „200“ durch die Angabe „205“ ersetzt.</i>	8. § 38a wird wie folgt gefasst:
	„§ 38a
	Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen
	(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 205 Euro monatlich, wenn
	<ol style="list-style-type: none"> 1. sie mit mindestens zwei und höchstens neun weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 sind oder eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz nach § 45a bei ihnen festgestellt wurde,
	<ol style="list-style-type: none"> 2. sie Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45b oder § 123 beziehen,

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>3. eine Person von den Mitgliedern der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten, und</p>
	<p>4. keine Versorgungsform vorliegt, in der der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen; der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass dieser Leistungsumfang von ihm oder einem Dritten in der Wohngruppe nicht erbracht wird, sondern die Versorgung auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfeldes sichergestellt werden kann.</p>
	<p>(2) Die Pflegekassen sind berechtigt, zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen bei dem Antragsteller folgende Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen und folgende Unterlagen anzufordern:</p>
	<p>1. eine formlose Bestätigung des Antragstellers, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nummer 1 erfüllt sind,</p>
	<p>2. die Adresse und das Gründungsdatum der Wohngruppe,</p>
	<p>3. den Mietvertrag einschließlich eines Grundrisses der Wohnung und den Pflegevertrag nach § 120,</p>
	<p>4. Vorname, Name, Anschrift und Telefonnummer sowie Unterschrift der Person nach Absatz 1 Nummer 3 und</p>
	<p>5. die vereinbarten Aufgaben der Person nach Absatz 1 Nummer 3.“</p>
<p>9. § 39 wird wie folgt gefasst:</p>	<p>9. § 39 wird wie folgt gefasst:</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„§ 39	„§ 39
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
<p>(1) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. 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, auf bis zu 1 550 Euro ab 1. Januar 2012 und auf bis zu 1 612 Euro ab 1. Januar 2015 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.</p>	<p>(1) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. 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, auf bis zu 1 550 Euro ab 1. Januar 2012 und auf bis zu 1 612 Euro ab 1. Januar 2015 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.</p>
<p>(2) Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu sechs Wochen nicht überschreiten, es sei denn, die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig ausgeübt; in diesen Fällen findet der Leistungsbetrag nach Absatz 1 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. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 1 und 2 dürfen zusammen den in Absatz 1 Satz 3 genannten Betrag nicht übersteigen.</p>	(2) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(3) Bei einer Ersatzpflege nach Absatz 1 kann der Leistungsbetrag um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 auf insgesamt bis zu 2 418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet.“	(3) un verändert
10. § 40 wird wie folgt geändert:	10. un verändert
a) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „31“ durch die Angabe „40“ ersetzt.	
b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	
aa) In den Sätzen 2 und 3 wird jeweils die Angabe „2 557“ durch die Angabe „4 000“ ersetzt.	
bb) In Satz 4 wird die Angabe „10 228“ durch die Angabe „16 000“ ersetzt.	
11. § 41 wird wie folgt geändert:	11. un verändert
a) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) Der Nummer 1 wird folgender Buchstabe d angefügt:	
„d) 468 Euro ab 1. Januar 2015,“.	
bb) Der Nummer 2 wird folgender Buchstabe d angefügt:	
„d) 1 144 Euro ab 1. Januar 2015,“.	
cc) Nummer 3 wird wie folgt geändert:	
aaa) In Buchstabe c wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	
bbb) Folgender Buchstabe d wird angefügt:	
„d) 1 612 Euro ab 1. Januar 2015.“	
b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:	
„(3) Pflegebedürftige können teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung nach § 38 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.“	
c) Die Absätze 4 bis 7 werden aufgehoben.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
12. § 42 wird wie folgt geändert:	12. un v e r ä n d e r t
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 2 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach der Angabe „2012“ die Wörter „und 1 612 Euro ab 1. Januar 2015“ eingefügt.	
bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:	
„Der Leistungsbetrag nach Satz 2 kann um bis zu 1 612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 auf insgesamt bis zu 3 224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Abweichend von Satz 1 ist der Anspruch auf Kurzzeitpflege in diesem Fall auf längstens acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 angerechnet.“	
b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Kindern bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres“ durch das Wort „Pflegebedürftigen“ ersetzt.	
13. § 43 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:	13. un v e r ä n d e r t
a) In Nummer 1 wird die Angabe „1.023“ durch die Angabe „1 064“ ersetzt.	
b) In Nummer 2 wird die Angabe „1.279“ durch die Angabe „1 330“ ersetzt.	
c) Der Nummer 3 wird folgender Buchstabe d angefügt:	
„d) 1 612 Euro ab 1. Januar 2015.“	
d) Nummer 4 wird wie folgt geändert:	
aa) In Buchstabe c wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	
bb) Folgender Buchstabe d wird angefügt:	
„d) 1 995 Euro ab 1. Januar 2015.“	
14. In § 43a Satz 2 wird die Angabe „256“ durch die Angabe „266“ ersetzt.	14. un v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
15. In der Überschrift des Fünften Abschnittes des Vierten Kapitels wird nach dem Wort „Betreuungsbedarf“ ein Komma und werden die Wörter „zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ eingefügt.	15. un v e r ä n d e r t
16. In § 45a Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Die“ durch die Wörter „Soweit nichts anderes bestimmt ist, betreffen die“ ersetzt und wird nach dem Wort „Abschnitt“ das Wort „betreffen“ gestrichen.	16. un v e r ä n d e r t
17. § 45b wird wie folgt geändert:	17. § 45b wird wie folgt geändert:
a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:	a) un v e r ä n d e r t
„§ 45b	
Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, Verordnungsermächtigung“.	
b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	b) un v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 wird das Wort „Betreuungsleistungen“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ ersetzt.	
bb) In Satz 2 wird die Angabe „100“ durch die Angabe „104“ und die Angabe „200“ durch die Angabe „208“ ersetzt.	
cc) In Satz 4 wird das Wort „Betreuungsbetrages“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsbetrages“ ersetzt.	
dd) In Satz 5 wird das Wort „Betreuungsleistungen“ durch die Wörter „Leistungen der Betreuung oder Entlastung“ ersetzt.	
ee) Satz 6 wird wie folgt geändert:	
aaa) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Betreuung“ die Wörter „oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung“ eingefügt und werden die Wörter „und hauswirtschaftlichen Versorgung“ gestrichen.	
bbb) In Nummer 4 wird das Wort „Betreuungsangebote“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsangebote“ ersetzt.	
ff) Folgender Satz wird angefügt:	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>„Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der in Satz 6 genannten Betreuungs- und Entlastungsleistungen Mittel der Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden.“</p>	
<p>c) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:</p>	<p>c) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>„(1a) Pflegebedürftige, die nicht die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können ebenfalls zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach Absatz 1 in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden bis zu einem Betrag in Höhe von 104 Euro monatlich ersetzt.“</p>	
<p>d) Absatz 2 wird wie folgt geändert:</p>	<p>d) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>aa) In Satz 1 wird das Wort „Pflegebedürftigen“ durch das Wort „Anspruchsberechtigten“ und das Wort „Betreuungsleistungen“ durch das Wort „Leistungen“ ersetzt.</p>	
<p>bb) In Satz 2 wird die Angabe „Absatz 1“ durch die Wörter „den Absätzen 1 und 1a“ ersetzt.</p>	
<p>e) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:</p>	<p>e) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:</p>

„(3) Soweit für die entsprechenden Leistungsbeträge nach den §§ 36 und 123 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden, können die nach Absatz 1 oder Absatz 1a anspruchsberechtigten Versicherten unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote zusätzlich zu den in den Absätzen 1 und 1a genannten Beträgen in Anspruch nehmen. Der nach Satz 1 für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen verwendete Betrag darf je Kalendermonat *50 vom Hundert* des für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen *Höchstleistungsbetrags* für ambulante Pflegesachleistungen nicht überschreiten. Die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sind sicherzustellen. Die Aufwendungen, die den Anspruchsberechtigten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach Satz 1 entstehen, werden erstattet; Absatz 2 Satz 1 gilt entsprechend. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 und 4 sowie § 123 zustehenden Sachleistung. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 und 8 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 4 erfolgt. § 13 Absatz 3a findet auf die Inanspruchnahme der Leistung nach Satz 1 keine Anwendung.“

„(3) Soweit für die entsprechenden Leistungsbeträge nach den §§ 36 und 123 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden, können die nach Absatz 1 oder Absatz 1a anspruchsberechtigten Versicherten unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote zusätzlich zu den in den Absätzen 1 und 1a genannten Beträgen in Anspruch nehmen. Der nach Satz 1 für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen verwendete Betrag darf je Kalendermonat **40 Prozent** des für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen **Höchstbetrags** für ambulante Pflegesachleistungen nicht überschreiten. Die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sind sicherzustellen. Die Aufwendungen, die den Anspruchsberechtigten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach Satz 1 entstehen, werden erstattet; Absatz 2 Satz 1 gilt entsprechend. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 und 4 sowie § 123 zustehenden Sachleistung. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 und 8 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 4 erfolgt. § 13 Absatz 3a findet auf die Inanspruchnahme der Leistung nach Satz 1 keine Anwendung. **Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Möglichkeit zur anteiligen Verwendung der in den §§ 36 und 123 für den Bezug ambulanter Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbeträge auch für Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote nach den Sätzen 1 bis 8 spätestens innerhalb von vier Jahren nach Inkrafttreten.**“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
f) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4 und wie folgt gefasst:	f) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4 und wie folgt gefasst:
<p>„(4) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote zu bestimmen.“</p>	<p>„(4) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote zu bestimmen. Niedrigschwellige Angebote, die sowohl die Voraussetzungen des § 45c Absatz 3 als auch des § 45c Absatz 3a erfüllen, können unter Beachtung der jeweiligen Anerkennungsbedingungen eine gemeinsame Anerkennung als Betreuungs- und Entlastungsangebot erhalten.“</p>
18. § 45c wird wie folgt geändert:	18. un verändert
a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:	
<p>„§ 45c</p>	
Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, Verordnungsermächtigung“.	
b) Nach Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	
<p>„Ebenso gefördert werden können aus den in Satz 1 genannten Mitteln niedrigschwellige Entlastungsangebote für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I sowie für Versicherte ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen.“</p>	
c) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Betreuungsangebote“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsangebote“ ersetzt und werden die Wörter „Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ durch die Wörter „Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I sowie für Versicherte ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen,“ ersetzt.	
d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
aa) In Satz 1 werden die Wörter „Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung“ durch die Wörter „Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegestufe I sowie von Versicherten ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen,“ ersetzt und werden nach dem Wort „Angehörige“ die Wörter „und vergleichbar nahestehende Pflegepersonen“ eingefügt.	
bb) In Satz 5 wird nach dem Wort „kommen“ das Wort „insbesondere“ eingefügt und werden die Wörter „Pflegebedürftige im Sinne des § 45a“ durch die Wörter „Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I sowie für Versicherte ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen,“ ersetzt.	
e) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>„(3a) Niedrigschwellige Entlastungsangebote im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 sind Angebote für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I sowie für Versicherte ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, die der Deckung des Bedarfs der Anspruchsberechtigten an Unterstützung im Haushalt, insbesondere bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen dienen oder die dazu beitragen, Angehörige oder vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegenden zu entlasten. Niedrigschwellige Entlastungsangebote beinhalten die Erbringung von Dienstleistungen, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, organisatorische Hilfestellungen, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegenden zur Bewältigung des Pflegealltags oder andere geeignete Maßnahmen. Absatz 3 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Entlastungsangebote kommen insbesondere in Betracht Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen, Alltagsbegleiter sowie Pflegebegleiter.“</p>	
f) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden die Wörter „für demenzkranke Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen“ durch die Wörter „erforderlichen Hilfen für demenzkranke Pflegebedürftige und die Voraussetzungen des § 45a erfüllende Versicherte ohne Pflegestufe“ ersetzt.	
bb) In Satz 6 werden nach dem Wort „Pflegebedürftigen“ die Wörter „oder die Voraussetzungen des § 45a erfüllenden Versicherten ohne Pflegestufe“ eingefügt.	
g) In Absatz 6 Satz 1 und 2 wird jeweils das Wort „Betreuungsangebote“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsangebote“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
19. § 45e wird wie folgt geändert:	19. un verändert
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:	
„Dabei kann die Umgestaltungsmaßnahme auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen.“	
bb) In dem neuen Satz 5 wird die Angabe „3“ durch die Angabe „4“ ersetzt.	
b) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „ist“ das Komma und die Wörter „spätestens aber am 31. Dezember 2015“ gestrichen.	
20. Nach § 46 Absatz 3 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:	20. un verändert
„Bei der Berechnung der Erstattung sind die Beitragseinnahmen um die Beitragseinnahmen zu vermindern, die dazu bestimmt sind, nach § 135 dem Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung zugeführt zu werden.“	
21. In § 55 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2,05“ durch die Angabe „2,35“ ersetzt.	21. un verändert
22. In § 57 Absatz 3 wird nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „Satz 2“ eingefügt.	22. un verändert
23. Dem § 58 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:	23. un verändert
„Die Beiträge der Beschäftigten erhöhen sich nicht, wenn Länder im Jahr 2017 den Reformationstag einmalig zu einem gesetzlichen Feiertag erheben.“	
24. In der Überschrift des Vierten Abschnitts des Siebten Kapitels werden die Wörter „und Qualitätssicherung“ gestrichen.	24. un verändert
	24a. § 84 wird wie folgt geändert:
	a) Nach Absatz 2 Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:
	„Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.“
	b) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>„(7) Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, im Falle einer Vereinbarung der Pflegesätze auf Grundlage der Bezahlung der Beschäftigten nach tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechenden Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten jederzeit einzuhalten. Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Träger der Einrichtung dieses nachzuweisen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Das Nähere zur Durchführung des Nachweises wird in den Verträgen nach § 75 Absatz 1 und 2 geregelt.“</p>
25. In § 87a Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „1.536“ durch die Angabe „1 597“ ersetzt.	25. un verändert
26. § 87b wird wie folgt geändert:	26. un verändert
a) In der Überschrift werden die Wörter „Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ durch die Wörter „zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen“ ersetzt.	
b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 werden die Wörter „mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung“ durch die Wörter „sowie der Versicherten, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, (anspruchsberechtigten Personen)“ ersetzt.	
bb) Satz 2 wird wie folgt geändert:	
aaa) In Nummer 1 wird das Wort „Heimbewohner“ durch die Wörter „anspruchsberechtigten Personen“ ersetzt.	
bbb) In Nummer 2 werden die Wörter „das Pflegeheim“ durch die Wörter „die stationäre Pflegeeinrichtung“ ersetzt und wird das Wort „Heimbewohner“ durch die Wörter „anspruchsberechtigten Personen“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
ccc) In Nummer 3 werden die Wörter „jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung“ durch die Wörter „jede anspruchsberechtigte Person“ ersetzt und wird das Wort „vierundzwanzigste“ durch das Wort „zwanzigste“ ersetzt.	
ddd) In Nummer 4 wird das Wort „Heimbewohner“ durch die Wörter „anspruchsberechtigte Personen“ ersetzt.	
cc) In Satz 3 wird das Wort „Pflegeheimen“ durch die Wörter „stationären Pflegeeinrichtungen“ ersetzt und wird das Wort „Pflegebedürftige“ durch die Wörter „anspruchsberechtigte Personen“ ersetzt.	
c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 2 wird das Wort „Heimbewohner“ durch die Wörter „anspruchsberechtigte Personen“ ersetzt.	
bb) In Satz 3 wird das Wort „Heimbewohner“ durch die Wörter „anspruchsberechtigten Personen“ ersetzt.	
cc) In Satz 4 werden die Wörter „der Pflegebedürftige“ durch die Wörter „die anspruchsberechtigte Person“ ersetzt.	
d) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „der stationären Versorgung der Pflegebedürftigen“ durch die Wörter „stationären Pflegeeinrichtungen“ ersetzt.	
	26a. § 89 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1 Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>„Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.“</p>
	<p>b) Absatz 3 wird wie folgt geändert: aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:</p>
	<p>„Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden.“</p>
	<p>bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:</p>
	<p>„§ 84 Absatz 4 Satz 2 und Absatz 7, § 85 Absatz 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.“</p>
<p>27. Nach § 114 Absatz 5 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:</p>	<p>27. § 114 Absatz 5 wird wie folgt geändert:</p>
	<p>a) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:</p>
<p>„Gibt es im Rahmen einer Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung sachlich begründete Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege bei Pflegebedürftigen, auf die sich die Prüfung nicht erstreckt, sind die betroffenen Pflegebedürftigen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in die Prüfung einzubeziehen. Die Prüfung ist insgesamt als Anlassprüfung durchzuführen.“</p>	<p>u n v e r ä n d e r t</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	b) In dem neuen Satz 6 wird die Angabe „2 und 3“ durch die Angabe „4 und 5“ ersetzt.
28. § 115 Absatz 1a wird wie folgt geändert:	28. un v e r ä n d e r t
a) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:	
„Bei Anlassprüfungen nach § 114 Absatz 5 bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität.“	
b) Nach dem bisherigen Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:	
„Bei der Darstellung der Qualität ist auf die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung hinzuweisen.“	
	28a. In § 117 Absatz 2 Satz 1 und 3 werden jeweils nach dem Wort „Aufsichtsbehörden“ die Wörter „oder den obersten Landesbehörden“ eingefügt.
	28b. § 120 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
	„(3) In dem Pflegevertrag sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex gesondert zu beschreiben. Der Pflegedienst hat den Pflegebedürftigen vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung in der Regel schriftlich über die voraussichtlichen Kosten zu unterrichten.“
	28c. Dem § 122 wird folgender Absatz 3 angefügt:
	„(3) Für Personen, die am 31. Dezember 2014 einen Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag nach § 38a in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung haben, wird diese Leistung weiter erbracht, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat.“
29. § 123 wird wie folgt geändert:	29. un v e r ä n d e r t
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) In Nummer 1 wird die Angabe „120“ durch die Angabe „123“ ersetzt.	
bb) In Nummer 2 wird die Angabe „225“ durch die Angabe „231“ ersetzt.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
cc) Im Satzteil nach Nummer 3 wird die Angabe „§§ 39 und 40“ durch die Angabe „§§ 38a, 39, 40, 41, 42 und 45e“ ersetzt.	
dd) Folgender Satz wird angefügt:	
„Der Anspruch auf teilstationäre Pflege für Versicherte ohne Pflegestufe umfasst einen Gesamtwert von bis zu 231 Euro je Kalendermonat.“	
b) In Absatz 3 werden die Wörter „70 Euro auf 305 Euro“ durch die Wörter „72 Euro auf 316 Euro“ ersetzt, wird nach der Angabe „§ 36“ die Angabe „sowie § 41“ eingefügt und werden die Wörter „215 Euro auf bis zu 665 Euro“ durch die Wörter „221 Euro auf bis zu 689 Euro“ ersetzt.	
c) In Absatz 4 werden die Wörter „85 Euro auf 525 Euro“ durch die Wörter „87 Euro auf 545 Euro“ ersetzt, wird nach der Angabe „§ 36“ die Angabe „sowie § 41“ eingefügt und werden die Wörter „150 Euro auf bis zu 1 250 Euro“ durch die Wörter „154 Euro auf bis zu 1 298 Euro“ ersetzt.	
30. Folgendes Vierzehnte Kapitel wird angefügt:	30. Folgendes Vierzehnte Kapitel wird angefügt:
,Vierzehntes Kapitel	,Vierzehntes Kapitel
Bildung eines Pflegevorsorgefonds	Bildung eines Pflegevorsorgefonds
§ 131	§ 131
Pflegevorsorgefonds	u n v e r ä n d e r t
In der sozialen Pflegeversicherung wird ein Sondervermögen unter dem Namen „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ errichtet.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 132	§ 132
Zweck des Vorsorgefonds	u n v e r ä n d e r t
<p>Das Sondervermögen dient der langfristigen Stabilisierung der Beitragsentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung. Es darf nach Maßgabe des § 136 nur zur Finanzierung der Leistungsaufwendungen der sozialen Pflegeversicherung verwendet werden.</p>	
§ 133	§ 133
Rechtsform	u n v e r ä n d e r t
<p>Das Sondervermögen ist nicht rechtsfähig. Es kann unter seinem Namen im rechtsgeschäftlichen Verkehr handeln, klagen und verklagt werden. Der allgemeine Gerichtsstand des Sondervermögens ist Frankfurt am Main.</p>	
§ 134	§ 134
Verwaltung und Anlage der Mittel	u n v e r ä n d e r t
<p>(1) Die Verwaltung und die Anlage der Mittel des Sondervermögens werden der Deutschen Bundesbank übertragen. Für die Verwaltung des Sondervermögens und seiner Mittel werden der Bundesbank entsprechend § 20 Satz 2 des Gesetzes über die Deutsche Bundesbank keine Kosten erstattet.</p>	
<p>(2) Die dem Sondervermögen zufließenden Mittel einschließlich der Erträge sind unter sinngemäßer Anwendung der Anlagerichtlinien des Versorgungsfonds des Bundes zu marktüblichen Bedingungen anzulegen. Dabei ist der in Aktien oder Aktienfonds angelegte Anteil des Sondervermögens ab dem Jahr 2035 über einen Zeitraum von höchstens zehn Jahren abzubauen. Das Bundesministerium für Gesundheit ist im Anlageausschuss nach § 4a der Anlagerichtlinien des Versorgungsfonds des Bundes vertreten.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 135	§ 135
Zuführung der Mittel	Zuführung der Mittel
<p>(1) Das Bundesversicherungsamt führt dem Sondervermögen <i>vierteljährlich</i> zum <i>15. April, 15. Juli, 15. Oktober und zum 15. Januar</i> des Folgejahres zu Lasten des Ausgleichsfonds nach § 65 einen Betrag zu, der dem <i>0,025 Beitragssatzpunkte entsprechenden Anteil</i> der Beitragseinnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres entspricht.</p>	<p>(1) Das Bundesversicherungsamt führt dem Sondervermögen monatlich zum 20. des Monats zu Lasten des Ausgleichsfonds einen Betrag zu, der einem Zwölftel von 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres entspricht.</p>
<p>(2) Die Zuführung nach Absatz 1 erfolgt erstmals zum <i>15. April 2015</i> und endet mit der Zahlung für <i>das Jahr 2033</i>.</p>	<p>(2) Die Zuführung nach Absatz 1 erfolgt erstmals zum 20. Februar 2015 und endet mit der Zahlung für Dezember 2033.</p>
§ 136	§ 136
Verwendung des Sondervermögens	u n v e r ä n d e r t
<p>Ab dem Jahr 2035 kann das Sondervermögen zur Sicherung der Beitragssatzstabilität der sozialen Pflegeversicherung verwendet werden, wenn ohne eine Zuführung von Mitteln an den Ausgleichsfonds eine Beitragssatzanhebung erforderlich würde, die nicht auf über eine allgemeine Dynamisierung der Leistungen hinausgehenden Leistungsverbesserungen beruht. Die Obergrenze der jährlich auf Anforderung des Bundesversicherungsamtes an den Ausgleichsfonds abführbaren Mittel ist der 20. Teil des Realwertes des zum 31. Dezember 2034 vorhandenen Mittelbestandes des Sondervermögens. Erfolgt in einem Jahr kein Abruf, so können die für dieses Jahr vorgesehenen Mittel in den Folgejahren mit abgerufen werden, wenn ohne eine entsprechende Zuführung von Mitteln an den Ausgleichsfonds eine Beitragssatzanhebung erforderlich würde, die nicht auf über eine allgemeine Dynamisierung der Leistungen hinausgehenden Leistungsverbesserungen beruht.</p>	
§ 137	§ 137
Vermögenstrennung	u n v e r ä n d e r t
<p>Das Vermögen ist von dem übrigen Vermögen der sozialen Pflegeversicherung sowie von seinen Rechten und Verbindlichkeiten getrennt zu halten.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 138	§ 138
Jahresrechnung	u n v e r ä n d e r t
Die Deutsche Bundesbank legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich einen Bericht über die Verwaltung der Mittel des Sondervermögens vor. Darin sind der Bestand des Sondervermögens einschließlich der Forderungen und Verbindlichkeiten sowie die Einnahmen und Ausgaben auszuweisen.	
§ 139	§ 139
Auflösung	u n v e r ä n d e r t
Das Sondervermögen gilt nach Auszahlung seines Vermögens als aufgelöst.‘	
Artikel 2	Artikel 2
Änderung des Pflege-Versicherungsgesetzes	u n v e r ä n d e r t
In Artikel 42 Absatz 5 Satz 1 des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 2797), das zuletzt durch Artikel 265 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) geändert worden ist, werden die Wörter „, § 106a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.	
	Artikel 2a
	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
	Nach § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1346) geändert worden ist, wird folgender § 64c eingefügt:
	„§ 64c
	Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>(1) Die in § 115 Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartner vereinbaren gemeinsam und einheitlich im Einvernehmen mit dem Robert Koch-Institut die Durchführung eines Modellvorhabens nach § 63, um Erkenntnisse zur Effektivität und zum Aufwand eines Screenings auf 4MRGN (Multiresistente gramnegative Stäbchen mit einer Resistenz gegen vier der vier Antibiotikagruppen) im Vorfeld eines planbaren Krankenhausaufenthaltes zu gewinnen. Das Modellvorhaben ist insbesondere auf die Risikopersonen nach Maßgabe der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention auszurichten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verständigen sich auf die Durchführung eines Modellvorhabens in mindestens einer Kassenärztlichen Vereinigung. Soweit eine überbezirkliche Versorgung besteht, soll das Modellvorhaben in den betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam durchgeführt werden. Das Modellvorhaben kann in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden, insbesondere um ausreichende Fallzahlen zu gewährleisten und um regionale Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur zu berücksichtigen. § 65 gilt mit der Maßgabe, dass die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung des Modellvorhabens im Einvernehmen mit dem Robert Koch-Institut zu erfolgen hat.</p>
	<p>(2) Soweit bis zum 31. Dezember 2015 keine Einigung über die Durchführung eines Modellvorhabens nach Absatz 1 erzielt wird, kann jede Vertragspartei die Landesschiedsstelle nach § 114 anrufen. § 115 Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend. Die Anrufung der Schiedsstelle soll unterbleiben, wenn in einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung bereits ein Modellvorhaben nach Absatz 1 vereinbart wurde, keine überbezirkliche Versorgung besteht oder eine Durchführung in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen aus wissenschaftlichen Gründen nicht erforderlich ist.“</p>
	<p>Artikel 2b</p>
	<p>Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes</p>
	<p>Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 16d des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	1. § 4 Absatz 2a wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 1 werden die Wörter „für die Jahre 2013 und 2014“ durch die Wörter „ab dem Jahr 2013“ ersetzt.
	b) In Satz 8 werden die Wörter „das Jahr 2014“ durch die Wörter „die Jahre 2014 und 2015“ ersetzt und werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „auch der für das Jahr 2014 und die Folgejahre zu ermittelnde Mehrleistungsabschlag ist entsprechend dreijährig zu vereinbaren“ eingefügt.
	2. § 8 Absatz 10 wird wie folgt geändert:
	a) In Satz 1 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2014“ gestrichen.
	b) Folgender Satz wird angefügt:
	„Der Versorgungszuschlag ist letztmalig für Patientinnen und Patienten zu berechnen, die zum 31. Dezember des Jahres aufgenommen werden, in dem der Mehrleistungsabschlag nach § 4 Absatz 2a letztmalig erhoben wird.“
	3. In § 14 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Zu- und Abschläge nach § 5“ durch die Wörter „krankenhausindividuell ermittelten Zu- und Abschläge“ ersetzt.
	Artikel 3
	Änderung des Arzneimittelgesetzes
	§ 80 Satz 1 des Arzneimittelgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 27. März 2014 (BGBl. I S. 261) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
	1. In Nummer 4 werden nach dem Wort „Registrierung“ die Wörter „einschließlich der Verlängerung der Registrierung“ eingefügt.
	2. Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 4a eingefügt:
	„4a. der Veröffentlichung der Ergebnisse klinischer Prüfungen nach § 42b,“.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	3. In Nummer 6 werden nach der Angabe „4“ ein Komma und die Angabe „4a“ eingefügt.
Artikel 3	Artikel 4
Inkrafttreten	Inkrafttreten
Dieses Gesetz tritt am <i>1. Januar 2015</i> in Kraft.	(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am Tag nach der Verkündung in Kraft.
	(2) Artikel 1 tritt am 1. Januar 2015 in Kraft.
	(3) Artikel 2b tritt mit Wirkung vom ... [einsetzen: Datum des Tages nach der zweiten/dritten Lesung des Deutschen Bundestages] in Kraft.

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

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 18/1798** in seiner 47. Sitzung am 4. Juli 2014 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz, den Ausschuss für Arbeit und Soziales, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie zur gutachtlichen Stellungnahme an den Parlamentarischen Beirat für nachhaltige Entwicklung überwiesen. Ferner hat er ihn zur Mitberatung sowie gemäß § 96 der GO-BT an den Haushaltsausschuss überwiesen.

Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag auf **Drucksache 18/1953** in seiner 47. Sitzung am 4. Juli 2014 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Finanzausschuss und den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu Buchstabe a

Nach Angaben der Bundesregierung wird der Bedarf an ambulanter und stationärer Pflege in Deutschland bedingt durch die demografische Entwicklung sowie die sich verändernden Bedürfnisse und Bedarfe pflegebedürftiger Menschen und ihrer Familienangehörigen in den kommenden Jahren deutlich ansteigen. Nach übereinstimmenden Schätzungen sei mit einer Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen von derzeit ca. 2,5 Millionen Menschen auf rund 3,5 Millionen Menschen im Jahre 2030 zu rechnen. Zugleich werde es sowohl in der häuslichen als auch in der stationären Pflege immer mehr Menschen mit Demenzerkrankungen geben. Bei gleichbleibend niedrigen Geburtenraten in Verbindung mit zunehmender Lebenserwartung werde auch die von den folgenden Generationen zu übernehmende Finanzierungslast zunehmen.

Über zwei Drittel aller Pflegebedürftigen in Deutschland werden laut Bundesregierung nach wie vor zu Hause gepflegt. Diese Pflegearbeit werde meist durch Angehörige erbracht. Die Veränderung von Erwerbsbiografien und Familienstrukturen erfordere daher Maßnahmen zur Stabilisierung und flexibleren Gestaltung der häuslichen Pflege und deutliche Verbesserungen bei der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf verfolgt die Bundesregierung das Ziel, die Pflegeversicherung weiterzuentwickeln und zukunftsfest zu machen. In einem ersten Schritt sollen insbesondere die Leistungen der Pflegeversicherung zur Stärkung der häuslichen Pflege flexibilisiert und ausgeweitet werden.

Künftig kann die Verhinderungspflege für bis zu sechs Wochen (42 Kalendertage) im Kalenderjahr in Anspruch genommen und bis zu 50 Prozent des Kurzzeitpflegebetrags auch für häusliche Verhinderungspflege genutzt werden. Die Kurzzeitpflege kann um den Leistungsbetrag für die Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 erhöht und um bis zu vier Wochen verlängert werden. Teilstationäre Tages- und Nachtpflege kann künftig zusätzlich zu ambulanten Geld- und Sachleistungen in Anspruch genommen werden, ohne dass eine Anrechnung dieser Ansprüche aufeinander erfolgt. Die bisher geltenden, sehr komplexen Regelungen zur Kombination dieser Leistungen werden aufgehoben. Mit diesen Maßnahmen werde nicht nur den Betroffenen geholfen, sondern auch ein wichtiger Beitrag zur Unterstützung pflegender Angehöriger und zur Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf geleistet.

Zusätzlich zu den bisherigen niedrigschwelligen Betreuungsangeboten soll es zukünftig auch niedrigschwellige Entlastungsangebote geben, die zur Entlastung von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen sowie vergleichbar Nahestehenden, die ehrenamtlich Pflegeverantwortung übernommen haben, beitragen sollen. Damit würden neue Möglichkeiten zur Entlastung sowohl der auf Pflege und Betreuung angewiesenen Menschen als auch der Menschen, die für sie Pflegeverantwortung übernommen haben, eröffnet (§§ 45b, 45c). Im stationären Bereich werden die zusätzlichen Betreuungsangebote auf alle Pflegebedürftigen ausgedehnt, zudem wird die Betreuungsrelation verbessert (§ 87b).

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes würden wesentliche Vorschläge des Expertenbeirates zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Fachkreise im Vorgriff auf dessen Einführung bereits im Jahr 2015 umgesetzt (z.B. Ausweitung und bessere Berücksichtigung von Betreuung, Verbesserung der Betreuungsrelation, flexiblere Inanspruchnahmemöglichkeiten für Leistungen). In einem zweiten Schritt werde in dieser Legislaturperiode nach vorheriger Erprobung des neuen Begutachtungsverfahrens der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt.

Sach- und Geldleistungen der Pflegeversicherung, die als Euro-Beträge gesetzlich festgesetzt sind, werden – orientiert an der Preisentwicklung der letzten drei Jahre – angepasst. Nahezu alle Leistungsbeträge werden mit Wirkung zum 1. Januar 2015 um 4 Prozent angehoben. Zugleich will die Bundesregierung die finanziellen Grundlagen der sozialen Pflegeversicherung verbessern. Der Beitragssatz wird zum 1. Januar 2015 um 0,3 Beitragssatzpunkte angehoben.

Mit der Bildung eines Pflegevorsorgefonds in der sozialen Pflegeversicherung soll die Finanzierung der aufgrund der demografischen Entwicklung im Zeitverlauf deutlich steigenden Leistungsausgaben gerechter auf die Generationen verteilt und damit auch der möglichen Gefahr einer langfristigen Beschränkung des Leistungsniveaus der Pflegeversicherung begegnet werden.

Der Bundesrat hat in seiner 924. Sitzung am 11. Juli 2014 gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes über das Fünfte SGB XI-Änderungsgesetz beraten und Stellung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung genommen (vgl. Drucksache 18/1798).

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme (vgl. Drucksache 223/14 (Beschluss)) eine Reihe von Detailänderungen vorgeschlagen, die sich vor allem auf folgende Regelungsbereiche beziehen:

- Künftig sollen die Pflegekassen keine Beratungsgutscheine (§ 7b SGB XI) mehr ausstellen können.
- Der Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI von derzeit 200 Euro und künftig 205 Euro monatlich soll nicht mehr auf die Leistungen der Sozialhilfe angerechnet werden; außerdem soll er vor dem Hintergrund der bislang gesammelten Erfahrungen weiterentwickelt werden.
- Die Leistungsbeträge für die ambulanten Pflegesachleistungen in den Pflegestufen I und II (§ 36 Abs. 3 Nr. 1 SGB XI) sollen in absolut gleicher Höhe wie die Leistungsbeträge bei vollstationärer Pflege angehoben werden.
- Alternative Wohn- und Betreuungsangebote sollen finanziert werden (§§ 38a, 45b SGB XI).
- Anstelle von Monatsbeträgen soll ein Jahresbudget bei den zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI eingeführt werden, um die Flexibilität der Leistungsanspruchnahme zu erhöhen.
- Die zweite Anhebung des Beitragssatzes (§ 55 SGB XI) um weitere 0,2 Beitragssatzpunkte soll bereits zum 1. Januar 2016 erfolgen.
- Es sollen weitergehende Klarstellungen bei den bisherigen Vergütungsregelungen für die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen vorgenommen werden (§§ 84, 89 SGB XI).
- Es soll ein Fonds zur Refinanzierung der Ausbildungsvergütungen in der Altenpflege aus Mitteln der Pflegeversicherung bzw. des Pflegevorsorgefonds gebildet werden (§§ 131, 132 SGB XI).
- Zudem fordern die Länder, Maßnahmen zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und des neuen Begutachtungssystems zeitlich vorzuziehen.

In ihrer Gegenäußerung vom 20. August 2014 hat die Bundesregierung weitgehend an den Regelungen des Entwurfes für ein 5. SGB XI-Änderungsgesetz festgehalten (vgl. Drucksache 18/2379). Aus Sicht der Bundesregierung werden mit dem Vorhaben die im Koalitionsvertrag vorgesehenen kurzfristigen Leistungsverbesserungen sowie die Einrichtung eines Pflegevorsorgefonds mit Wirkung zum 1. Januar 2015 umgesetzt. Vor allem Familien, die Angehörige zu Hause pflegen möchten, sollen mehr Unterstützung bekommen – zum Beispiel durch Flexibilisierung und Ausweitung der Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege sowie der Tages- und

Nachtpflege und durch Einführung einer neuen Entlastungsleistung. Durch die Ausdehnung der zusätzlichen Betreuungsangebote auf alle Pflegebedürftigen und die Verbesserung Betreuungsrelation durch zusätzliche Betreuungskräfte sollen die Bewohnerinnen und Bewohner in den stationären Pflegeeinrichtungen noch besser unterstützt und so auch der Pflegealltag leichter werden.

Die Bundesregierung stimmt in ihrer Gegenäußerung einigen Detailänderungen bzw. -ergänzungen zu. Dazu gehört insbesondere ein Vorschlag des Bundesrates zum Begutachtungsverfahren (§ 18 Absatz 3a SGB XI) sowie ein Vorschlag zur Ergänzung des § 117 Absatz 2 SGB XI um das Wort „oberste Landesbehörden“. Sie hat außerdem zugesagt, die Vorschläge des Bundesrates zu den Beratungsgutscheinen (§§ 7a und 7b SGB XI), zu regionalen Modellvorhaben (§ 8 Absatz 3 SGB XI), zur Anrechnung des Wohngruppenzuschlags auf die Sozialhilfe (§ 13 Abs. 3a SGB XI), zur Weiterentwicklung der Regelung des Zuschlags für Pflegewohngruppen (§ 38a SGB XI), zu niedrighschwelligem Betreuungs- und Entlastungsangeboten (§ 45c SGB XI), zu den Vergütungsregelungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen (§§ 84 und 89 SGB XI) und zu den Transparenzvereinbarungen zu prüfen. Zum Teil soll dies allerdings erst im Rahmen des zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geplanten Gesetzgebungsverfahrens geschehen. Weitere Vorschläge des Bundesrates waren aus fachlichen Gründen oder auch im Hinblick auf den Koalitionsvertrag abzulehnen.

Der Nationale Normenkontrollrat hat gemäß § 6 Absatz 1 des Normenkontrollratsgesetzes eine Stellungnahme zum Entwurf eines Fünften SGB XI-Änderungsgesetzes auf Drucksache 18/1798 abgegeben. Er macht im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände gegen die Darstellung der Gesetzesfolgen im vorliegenden Regelungsvorhaben geltend. In dem Gesetzentwurf werde der Erfüllungsaufwand, der für Bürger, Wirtschaft und Verwaltung entstehe, sehr detailliert und nachvollziehbar dargestellt.

Im Rahmen seines Auftrages zur Überprüfung von Gesetzentwürfen und Verordnungen der Bundesregierung auf Vereinbarkeit mit der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie hat sich der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** in seiner 7. Sitzung am 2. Juli 2014 mit dem Entwurf des Fünften SGB XI-Änderungsgesetzes auf Drucksache 18/1798 befasst und festgestellt, dass eine Nachhaltigkeitsrelevanz des Gesetzentwurfs gegeben sei. Der Beirat hält die darin enthaltenen Aussagen zur nachhaltigen Entwicklung für umfassend und ausreichend. Die Frage, ob die getroffenen Maßnahmen ausreichen, um Missstände im Pflegebereich zu beseitigen und ob weitere Anpassungen an die älter werdende Gesellschaft notwendig würden, sei nicht Gegenstand seiner Prüfung gewesen.

Zu Buchstabe b

Nach Ansicht der Antragsteller ist die Pflegeversicherung unterfinanziert und kann als Teilleistungsversicherung nur einen geringen Teil der tatsächlichen Pflegekosten übernehmen. Zudem liege der Pflegeversicherung noch immer ein zu enger und einseitig verrichtungsbezogener Pflegebegriff zugrunde. Nach dem Willen der Antragsteller sollen die Leistungen der Pflegeabsicherung künftig so ausgestaltet sein, dass die betroffenen Menschen frei von ökonomischen Zwängen entscheiden könnten, ob sie ambulante, teilstationäre oder stationäre Pflege- oder Assistenzleistungen in Anspruch nehmen wollen.

Die Bundesregierung wird aufgefordert, einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem das Teilkostenprinzip zugunsten einer solidarischen Ausgestaltung der Leistungen entsprechend den individuellen Bedürfnissen der Menschen mit Pflegebedarf abgeschafft werden soll. Als Sofortmaßnahme seien der Realwertverlust der Pflegeleistungen vollständig auszugleichen und die Sachleistungsbeträge für die ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege je Kalendermonat um weitere 25 Prozent zu erhöhen. Die Dynamisierungsregeln in § 30 SGB XI sollen durch eine jährliche regelgebundene Leistungsdynamisierung ersetzt werden. Für eine Neuausrichtung der Pflege an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen sollen der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren zügig gesetzlich verankert und umgesetzt werden. Zudem wollen die Antragsteller eine sechswöchige durch die Arbeitgeber bezahlte Pflegezeit für Erwerbstätige einführen.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 21. Sitzung am 15. Oktober 2014 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 17/1798, 18/2379 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 17. Sitzung am 15. Oktober 2014 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 17/1798, 18/2379 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen. Außerdem hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/1953 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz** hat in seiner 29. Sitzung am 15. Oktober 2014 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 17/1798, 18/2379 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Der **Finanzausschuss** hat in seiner 21. Sitzung am 15. Oktober 2014 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/1953 abzulehnen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 25. Sitzung am 15. Oktober 2014 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 17/1798, 18/2379 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen. Er legt nach § 96 GO-BT einen eigenen Bericht zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/1798, 18/2379 vor.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 16. Sitzung am 2. Juli 2014 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 18/1798 sowie zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 18/1953 vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum des Deutschen Bundestages eine öffentliche Anhörung durchzuführen. In seiner 18. Sitzung am 24. September 2014 hat der Ausschuss die Beratungen über den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 18/1798, 18/2379 sowie über den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 18/1953 aufgenommen.

Die Anhörung fand in der 20. Sitzung am 24. September 2014 statt. Als sachverständige Verbände waren eingeladen:

Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e. V. (ASB), Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. (AWO), Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (BAGSO), Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS), Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (BAH), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG-SELBSTHILFE), Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e. V. – Verein zur Förderung des selbständigen Wohnens älterer und behinderter Menschen, Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e. V. (BIVA), Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e. V. (BKSB), Bundesverband haushaltsnaher Dienstleistungs-Unternehmen e. V. (BHDU), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Bundesvereinigung kommunaler Spitzenverbände, Bundesvereinigung Lebenshilfe, dbb beamtenbund und tarifunion, Der Paritätische Gesamtverband (DPW), Deutsche Aktuarvereinigung (DAV), Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz, Deutsche Bundesbank, Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft e. V. (dgh), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Frauenrat (DF), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK), Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband, GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) – Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V., Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland e. V., ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft e. V., Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB), Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Volkssolidarität Bundesverband e. V., Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland (ZWST).

Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Prof. Dr. Eckart Bomsdorf, Dr. Eckart Schnabel, Dr. Klaus Wingenfeld, Ulrich Schneekloth, Prof. Dr. Heinz Rothgang.

Auf das entsprechende Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird verwiesen.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat seine Beratungen über den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 18/1798, 18/2379 sowie über den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/1953 in seiner 22. Sitzung am 15. Oktober 2014 fortgesetzt und abgeschlossen. Als Ergebnis empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/1798, 18/2379 in der von ihm geänderten Fassung anzunehmen. Außerdem empfiehlt der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/1953 abzulehnen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 18/1798, 18/2379 beschlossen. Diese haben im Wesentlichen folgenden Inhalt:

a. für den Bereich der Sozialen Pflegeversicherung:

- eine neue Bezeichnung des Gesetzentwurfes: „Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und weiterer Vorschriften – Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I“,
- anstelle der vom Bundesrat geforderten Öffnung des § 8 Absatz 3 SGB XI für regionale Modellvorhaben von Landesverbänden der Pflegekassen eine Berücksichtigung von Modellvorhaben der Länder durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen,
- Einführung eines Ausnahmetatbestandes in § 18 Abs. 3a SGB XI bei der Beauftragung anderer Gutachter für die Fälle, in denen die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat,
- Neufassung und Weiterentwicklung der Regelung zum Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI zur Umsetzung einer Prüfzusage der Bundesregierung gegenüber dem Bundesrat,
- Klarstellung zur Nachweispflicht bei der Verhinderungspflege als Voraussetzung für die Kostenerstattung in § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB XI,
- Anpassung bzw. Ergänzungen der im Gesetzentwurf geplanten Regelung zur anteiligen Verwendbarkeit der ambulanten Sachleistungsbeträge auch für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b SGB XI). Im Einzelnen soll Folgendes geändert werden:
 - eine Reduzierung des umwidmungsfähigen Anteils der Sachleistungsbeträge von 50% auf 40%,
 - eine konkretere gesetzliche Vorgabe für die Länder bezüglich einer regelmäßigen Qualitätssicherung,
 - die gesetzliche Verankerung einer obligatorischen Evaluation der Neuregelung,
 - eine Klarstellung, dass sich die neuen niedrigschwelligen Entlastungsangebote auch in bereits bestehende Strukturen niedrigschwelliger Betreuungsangebote einfügen können und
 - eine Klarstellung in der Begründung, dass auch Träger ambulanter Pflegedienste niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote initiieren bzw. gründen können (bei Erfüllung der Vorgaben des jeweiligen Landesrechts).
- Gesetzliche Klarstellung der Wirtschaftlichkeit von Tariflöhnen bei Pflegevergütungsverhandlungen einschließlich einer Überprüfungsöglichkeit der Kostenträger zur tatsächlichen tariflichen Bezahlung der Pflegekräfte in den §§ 84 Abs. 2 und Abs. 7 sowie 89 Abs. 1 SGB XI.
- Die Pflicht zur Vereinbarung von zwei alternativen Vergütungssystemen in der ambulanten Pflege nach § 89 Abs. 3 Satz 1 SGB XI und deren verpflichtende Gegenüberstellung nach § 120 SGB XI entfällt.
- Umsetzung der Anregung des Bundesrates, klarzustellen, dass – sofern nach landesrechtlichen Vorgaben die Überprüfung stationärer Einrichtungen den Kreisen und kreisfreien Städten übertragen worden ist – alternativ die obersten Landesbehörden in die Entscheidung über Modellvorhaben zur Qualitätsprüfung § 117 Abs. 2 SGB XI einbezogen werden können,
- Einführung einer Besitzstandsregelung in § 122 SGB XI zum Wohngruppenzuschlag (§ 38a SGB XI) für bisherige Leistungsbezieher,
- Änderung der Zahlungsperiodizität des Pflegevorsorgefonds (§ 135 SGB XI – neu –) von vierteljährlichen zu monatlichen Zahlungsterminen

b. in Bezug auf die Änderung weiterer Vorschriften (Artikel 2ff)

- Einführung eines § 64c SGB V und damit der Möglichkeit von Modellvorhaben in der GKV für ein risikobasiertes Screening auf 4MRGN im Vorfeld eines Krankenhausaufenthaltes (Artikel 2a – neu –),
- Verlängerung von Mehrleistungsabschlag und Versorgungszuschlag: Durch die Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes werden der Versorgungszuschlag und der Mehrleistungsabschlag, die nach derzeitiger Rechtslage am 31. Dezember 2014 auslaufen, verlängert, bis eine differenzierende Anschlussregelung zur Mengensteuerung im Krankenhausbereich getroffen wird. Dabei wird der Versorgungszuschlag unverändert in Höhe von 0,8% gesetzlich festgelegt. Zudem wird die Wirksamkeit des Mehrleistungsabschlages von bisher zwei auf drei Jahre verlängert. Der Versorgungszuschlag und der Mehrleistungsabschlag werden damit so ausgestaltet, dass sie zusammen aufwandsneutral sind (Artikel 2b – neu – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)
- Ermächtigung für den Ordnungsgeber, die Einzelheiten für die Einreichung von Unterlagen bei der Verlängerung von Registrierungen sowie bei der Veröffentlichung der Ergebnisse klinischer Prüfungen nach § 42b AMG einheitlich zu regeln (Artikel 3 – neu –)
- Eine Reihe weiterer Änderungen dient der Anpassung der In-Krafttretens-Regelung (Artikel 4 – neu –) sowie der Rechtsbereinigung und redaktionellen Berichtigung.

Über die diesen Änderungen zugrunde liegenden Anträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD hat der Ausschuss wie folgt abgestimmt:

Die Änderungsanträge Nr. 1, 2, 3neu, 4 und 5 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 18(14)0052.1 sowie der Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 18(14)0061.2 wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Die Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksachen 18(14)0052.2 und 18(14)0061.4 wurden mit den Stimmen aller Fraktionen angenommen.

Der Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 18(14)0052.3neu wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Die Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksachen 18(14)0052.4 und 18(14)0052.5.1neu wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Die Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksachen 18(14)0061.1 und 18(14)0061.6 wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Die Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksachen 18(14)0061.3 und 18(14)0061.5 wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Der Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 18(14)0061.7 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Darüber hinaus lagen dem Ausschuss folgende drei Änderungsanträge der Fraktion DIE LINKE. auf den Ausschussdrucksachen 18(14)0062.1, 18(14)0062.2 und 18(14)0062.3 zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 18/1798, 18/2379 vor, die vom Ausschuss abgelehnt wurden:

Änderungsantrag 1

Artikel 1 Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. § 28 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 werden nach dem Wort „Pflegesachleistung (§ 36)“ die Wörter „einschließlich häusliche Betreuung nach § 124“ eingefügt.

b) In Nummer 13 wird das Wort „Betreuungsleistungen“ durch die Wörter „Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ ersetzt.“

Begründung

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz wurde § 28 SGB XI um die häusliche Betreuung gemäß § 124 SGB XI ergänzt. Bei der Umsetzung dieser Übergangsregelung durch die Länder stellt sich nunmehr heraus, dass verschiedene Träger der Sozialhilfe häusliche Betreuung nach § 124 im Rahmen der Hilfe zur Pflege nicht übernehmen.

Begründet wird das damit, dass bei der Hilfe zur Pflege lediglich Grundpflege und Hauswirtschaft als Sachleistung erbracht werden. Denn die Leistungen der Hilfe zur Pflege bestimmen sich nach den Regelungen des § 28 Absatz 1 sowie 5 bis 8 SGB XI in Verbindung mit § 36 SGB XI. Eine Anpassung zwischen SGB XI und XII (§ 61 SGB XII) wurde mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz nicht vorgenommen. Hier ist eine Lücke entstanden, die zu einer sozialpolitischen Ungerechtigkeit führt.

Änderungsantrag 2

Artikel 1 Nummer 17 wird wie folgt geändert:

1. Buchstabe e) wird aufgehoben.

2. Der bisherige Buchstabe f) wird Buchstabe e) und wie folgt gefasst:

„e) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrighschwelligigen Betreuungs- und Entlastungsangebote zu bestimmen.““

Begründung

Die Umwidmung des halben Sachleistungsbetrags als Vorgriff auf die Einführung eines neuen Pflegebegriffs wirft eine Menge Probleme auf. In der Praxis ist eine Trennung der Leistungen zur Grundpflege, Hauswirtschaft und den niedrighschwelligigen Betreuungsangeboten nicht möglich, so dass es zur Vermischung der Leistungen bei fehlender Qualitätskontrolle kommen würde. Da der Umwidmungsbetrag auch für ehrenamtlich Pflegenden genutzt werden kann, entsteht Druck auf die Löhne der Pflege(fach)kräfte. Durch neu in den Markt drängende Anbieter wie z. B. www.helpling.de/Rocket Internet AG wird der private Pflegemarkt weiter angeheizt und der Trend zur Minutenpflege verstärkt.

Eine Verbesserung der Flexibilität der Pflegenden kann besser durch die Einführung eines Entlastungsbetrages gewährleistet werden, der eine Kombination der Leistungen zur Verhinderungs- und Kurzzeitpflege sowie der Betreuungsleistungen je nach Bedarf der Pflegepersonen und der Menschen mit Pflegebedarf ermöglicht.

Änderungsantrag 3

Artikel 1 Nummer 30 wird aufgehoben.

Begründung

Der Vorsorgefonds leistet nach Einschätzung vieler Fachleute keinen Beitrag zur Zukunftsfähigkeit der Pflegeversicherung und zu einer soliden und gerechten Finanzierung. Auch die Bundesbank kritisiert ihn. Der mögliche Beitragssatzeffekt ist marginal, eine langfristige Stabilisierung der Beiträge erfolgt nicht. Der Fonds führt auch nicht zu mehr Generationengerechtigkeit, denn seine Mittel werden bereits verausgabt sein, wenn die Zahl der Pflegebedürftigen das Maximum erreicht.

Die vorgesehenen Mittel sind für sofortige Leistungsverbesserungen der Pflegeversicherung einzusetzen, vor allem für die baldige Umsetzung des neuen Pflegebegriffs.

Die Änderungsanträge der Fraktion DIE LINKE. auf Ausschussdrucksachen 18(14)0062.1 und 18(14)0062.2 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgelehnt. Der Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE. auf Ausschussdrucksache 18(14)0062.3 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. abgelehnt.

Die **Fraktion der CDU/CSU** merkte an, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf der erste von mehreren aufeinander abgestimmten Schritten zu einer umfassenden Pflegereform vollzogen werde. Der Koalition sei damit ein großer Wurf gelungen. Der Beitrag zur Pflegeversicherung werde um 0,3 Prozent erhöht. Damit steige das Finanzvolumen, das künftig für die Pflege zur Verfügung stehe, um eine Summe von 3,6 Milliarden Euro. Ein Drittel davon werde in den Pflegevorsorgefonds einfließen, was dazu beitragen werde, die Pflegeversicherung zukunftssicher zu machen. Gleichzeitig stünden 2,4 Milliarden zur Verbesserung von Pflegeleistungen zur Ver-

fügung. Die verschiedenen inhaltlichen Regelungen zielten darauf ab, die Pflegeleistungen für die Pflegebedürftigen wie auch für die pflegenden Angehörigen flexibler zu gestalten, den Vorrang der ambulanten vor der stationären Pflege zu stärken und die Pflegekräfte zu entlasten. Die Leistungen für Demenzkranke würden im Vorgriff auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbessert. In der noch bevorstehenden zweiten Stufe der Pflegereform werde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff dann eingeführt und konsequent umgesetzt. Dies werde zu der seit langem angestrebten Gleichstellung von an Demenz erkrankten mit den körperlich beeinträchtigten Pflegebedürftigen führen.

Die **Fraktion der SPD** vertrat ebenfalls die Auffassung, dass mit dem Gesetzentwurf der erste Schritt auf dem Weg zu einer großen Pflegereform vollzogen werde. Zu diesem Reformvorhaben gehörten aber auch das geplante zweite Pflegestrukturgesetz, das Pflegeberufegesetz und das Pflegezeitgesetz. Erst wenn man diese vier Gesetzesvorhaben im Zusammenhang betrachte, könne man von einer großen Pflegereform sprechen. Mit dem ersten Pflegestrukturgesetz würden die Selbstbestimmung und Autonomie der Pflegebedürftigen gestärkt und die pflegenden Angehörigen unterstützt. Außerdem werde erreicht, dass die Pflege als Berufsfeld eine höhere Anerkennung erfahre. Denn dies müsse sich auch in der Entlohnung der Pflegekräfte niederschlagen. Schließlich bringe das Gesetz die Wertschätzung gegenüber dem bestehenden System aus kirchenrechtlichen und anderen Arbeitsvertragsformen zum Ausdruck. Insgesamt werde den Bedürfnissen aller am Pflegeprozess Beteiligten besser als bisher Rechnung getragen.

Die **Fraktion DIE LINKE**. führte aus, dass sie ohne eine Annahme der von ihr eingebrachten Änderungsanträge dem Gesetzentwurf nicht zustimmen könne. Hauptdefizit des Gesetzes sei der Verzicht auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Der Vorsorgefonds entziehe dem Umlageverfahren unnötig Geld, das dringend für die auf Pflege angewiesenen Menschen benötigt werde. Strukturell bleibe die Pflege weiterhin unterfinanziert. Die Bundesregierung setze weiterhin auf die Familie als größten Pflegedienst und halte damit an einem überholten Bild der Familie und des Geschlechterverhältnisses fest. Die grundlegenden Probleme der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie bei den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in der Pflege blieben ungelöst. Die LINKE. fordere stattdessen eine grundlegende Reform des Pflegebereichs und die Einführung einer Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in der Pflege.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** erklärte, dass sie den Gesetzentwurf ablehnen werde, weil das Gesetz keineswegs die von der Koalition gepriesene große Pflegereform darstelle. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der den Kernpunkt einer solchen Reform hätte bilden sollen, werde mit dem neuen Gesetz noch nicht eingeführt. Vielmehr beschränke sich die Koalition darauf, dessen Einführung im Zusammenhang mit einem zweiten Reformschritt anzukündigen. Die dafür vorgesehenen Geldmittel reichten nicht aus, um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff umzusetzen. Ferner habe die Anhörung gezeigt, dass der Pflegevorsorgefonds als Sparmodell untauglich sei. Außerdem müssten der Pflege-Bahr abgeschafft und stattdessen eine Pflege-Bürgerversicherung eingeführt werden.

B. Besonderer Teil

Zum Titel des Gesetzesvorhabens

(Bezeichnung 5. SGB XI-Änderungsgesetz)

Im Rahmen des Gesetzgebungsvorhabens sollen neben den das Pflegeversicherungsrecht betreffenden Regelungstatbeständen auch Änderungen im Arzneimittelgesetz vorgesehen werden. Hinzu kommt, dass Artikel 1 das erste von zwei Gesetzesvorhaben zur Verbesserung und Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Menschen – hier insbesondere durch kurzfristig wirksame Leistungsausweitungen und Errichtung eines Pflegevorsorgefonds im Elften Buch Sozialgesetzbuch – beinhaltet, das die Bundesregierung in dieser Legislaturperiode auf den Weg bringen will. Damit ist die Überschrift des Gesetzes um die entsprechende Angabe redaktionell anzupassen.

Zu Artikel 1 (SGB XI)

Zu Nummer 3 (§ 8 Absatz 3 SGB XI)

(Öffnung für regionale Modellvorhaben)

Die Änderung begründet sich mit dem Erfordernis einer Klarstellung, dass auch von den Ländern eingebrachte Vorschläge zu regionalen Modellprogrammen von dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen angemessen zu berücksichtigen sind.

Zu Nummer 3a – neu – (§ 18 Absatz 3a SGB XI)

(Beauftragung anderer Gutachter/Ausnahmetatbestände)

Die Änderung greift die Regelung bei der Zusatzzahlung im Fall der Fristüberschreitung nach Absatz 3b Satz 2 auf und schafft auch bei der Pflicht zur Beauftragung anderer Gutachter einen sachgerechten Ausnahmetatbestand. Eine Verpflichtung zur Benennung von mindestens drei unabhängigen Gutachtern, wenn innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist, ist nicht angemessen und besteht daher nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat. Es wird dadurch zusätzliche Verfahrensklarheit geschaffen und auch vermieden, dass etwa Bescheide zur Einhaltung der vierwöchigen Frist unter Verzicht auf relevante Informationen oder aufgrund einer Begutachtung nach Aktenlage erteilt werden.

Zu Nummer 8 (§ 38a SGB XI)

(Weiterentwicklung des Wohngruppenzuschlags)

Die Bedeutung ambulant betreuter Wohngruppen für die pflegerische Versorgung wächst. Diese Wohngruppen tragen dem Wunsch nach privater und häuslicher Pflege und Betreuung Rechnung. Vor allem ermöglichen sie es Menschen, die ihren Lebensalltag nicht mehr allein bewältigen können oder möchten, eine gemeinschaftliche Pflege in der Nähe ihres angestammten Wohnumfeldes zu erhalten. Das verhindert Brüche im sozialen Gefüge der Betroffenen. Die überschaubare Größe der Wohngruppen erleichtert es, die Ressourcen der Pflegebedürftigen zu nutzen und zu erhalten sowie Angehörige und das weitere soziale Umfeld der Pflegebedürftigen in den Alltag der Wohngruppe einzubeziehen.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz wurde diese Form der gemeinschaftlichen Pflege und Betreuung durch die Einführung eines Wohngruppenzuschlages unterstützt. Der Wohngruppenzuschlag trägt dabei dem tatsächlichen Mehraufwand bei der gemeinschaftlichen Organisation des Alltags mit Pflege und Betreuung in einer Wohngruppe Rechnung.

Es besteht jedoch Bedarf, den Leistungsanspruch auf den Wohngruppenzuschlag vor dem Hintergrund der gesammelten Erfahrungen weiterzuentwickeln:

1. Die Gewährung des Zuschlags setzt bisher das „gemeinschaftliche Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen“ voraus. Da mit der Änderung von § 123 Absatz 2 der Wohngruppenzuschlag nach § 38a nunmehr auch Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe („Pflegestufe 0“) zusteht, wird auch das Zusammenwohnen mit mindestens zwei weiteren Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz anspruchsauslösend sein.
2. Die bisherige Definition der ambulant betreuten Wohngruppe stellt die Pflegekassen vor Probleme bei der Feststellung der Leistungsvoraussetzungen. Es treten insbesondere Schwierigkeiten auf, das Vorliegen des unbestimmten Merkmals der „freien Wählbarkeit“ (§ 38a Absatz 2 a. F.) festzustellen. Insbesondere fehlt es den Pflegekassen an geeigneten Instrumenten, dieses Merkmal zu überprüfen, so dass die Feststellung dieser Leistungsvoraussetzung mit erheblichem bürokratischem Aufwand für die Antragsteller und die Pflegekassen verbunden ist. Dennoch kommt es nicht selten dazu, dass die verschiedenen Pflegekassen in Bezug auf ihre Versicherten in derselben Wohngruppe zu unterschiedlichen Bewertungen kommen.

Aufgrund des föderalisierten Heimrechts führt die Heranziehung heimrechtlicher Vorschriften bei der Anspruchsprüfung zu einer uneinheitlichen Leistungsgewährung nach dem SGB XI in den Ländern. Die bisherige Bezugnahme auf „die jeweils maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften oder ihre Anforderungen an Leistungserbringer“ wird nun aufgegeben. Auch die „freie Wählbarkeit“ ist künftig kein maßgebliches leistungsrechtliches Merkmal einer ambulant betreuten Wohngruppe mehr. Ziel des Wohngruppenzuschlages ist es, gemeinschaftliche Pflegeformen außerhalb der stationären Pflegeeinrichtungen und außerhalb des klassischen „betreuten Wohnens“ leistungsrechtlich besonders zu unterstützen. Für diese Abgrenzung erscheint es sinnvoll, statt auf heimrechtliche auf entsprechende, bereits vorhandene leistungsrechtliche Kriterien abzustellen und diese mit weiteren durch die Pflegekassen feststellbaren Merkmalen zu verbinden:

- Beibehalten wird das bisherige Merkmal der gemeinschaftlichen Wohnung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene haben in ihrem Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften hierzu eine Auslegung erarbeitet, die sich bereits in der Praxis bewährt hat.
- Zusätzlich wird mit der Einführung einer Kapazitätsgrenze sichergestellt, dass in Wohnformen mit mehr als zehn Personen ein Wohngruppenzuschlag nicht gewährt wird, in denen die für ein gemeinschaftliches Zusammenleben übliche Größe überschritten ist.

- Mit der Neufassung von Absatz 1 Nummer 4 wird zudem ausgeschlossen, dass der Anspruch aus § 38a für stationäre oder quasi-stationäre Formen geöffnet wird: Maßgebliches Abgrenzungskriterium ist dabei, dass die ambulante Leistungserbringung nicht tatsächlich weitgehend den Umfang einer stationären Versorgung erreicht, und somit eine Situation vermieden wird, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter für die Mitglieder der Wohngruppe eine Vollversorgung anbietet.

Das zentrale Merkmal einer ambulanten Versorgung ist, dass regelhaft Beiträge der Bewohnerinnen und Bewohner selbst, ihres persönlichen sozialen Umfelds oder von bürgerschaftlich Tätigen zur Versorgung notwendig bleiben. Ist nicht vorgesehen, dass sich das soziale Umfeld der in der Wohngruppe lebenden Menschen in die Leistungserbringung und in den Alltag einbringen kann – etwa durch die Sicherstellung der Arztbesuche, die Gestaltung und kleine Reparaturen in der Wohnung, Entscheidungen über neue Bewohnerinnen und Bewohner, die Neuanschaffung von Geräten, den Einkauf von Lebensmitteln oder die Verwaltung der Gruppenkasse – besteht keine mit der häuslichen Pflege vergleichbare Situation. Die Pflicht des Anbieters, soweit es im Einzelfall einen Anbieter gibt und es sich nicht um eine von den Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. ihren Angehörigen selbst organisierte Wohngruppe handelt, auf diese Notwendigkeit hinzuweisen, schafft hierbei die nötige Transparenz.

Der Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag hängt aber nicht davon ab, dass die Bewohnerin oder der Bewohner auch in jedem Einzelfall Angehörige oder ein soziales Umfeld hat, die ihr oder ihm helfen können; entscheidend ist vielmehr, ob nach der Konstruktion der Wohngruppe Möglichkeiten vorhanden sind, dass sich das soziale Umfeld engagiert.

- Unterstützt wird diese „geteilte Verantwortung“ durch die Ergänzung des Absatzes 1 Nummer 3, wonach die Präsenzkraft von den Mitgliedern der Wohngruppe gemeinschaftlich zur Aufgabenerbringung beauftragt werden muss. Diese Regelung dient zugleich dazu, die Verwendung des Wohngruppenzuschlages für die im Gesetz beschriebenen Aufgaben zu sichern. Der Gesetzgeber hatte sich bewusst dafür entschieden, für die Verwendung des Wohngruppenzuschlages keine konkreten oder nachprüfbaren Nachweise zu fordern. In der Folge sind Fallkonstellationen entstanden, in denen die Versicherten ihren Leistungsanspruch regelhaft an den in der Wohngruppe tätigen Pflegedienst abtreten und weder für sie noch für die Pflegekassen die Verwendung der Mittel nachvollziehbar ist. Mit der Pflicht zur gemeinschaftlichen Beauftragung der Präsenzkraft wird (z. B. bei Neueinzügen) immer wieder eine nachvollziehbare Information zur bisherigen Verwendung der Mittel erfolgen und die Möglichkeit einer veränderten Beauftragung geschaffen.

Die beauftragte Person wird in der Regel eine Vielfalt an Aufgaben in der Wohngruppe übernehmen. Es genügt jedoch, dass ihr eine der alternativ genannten Aufgaben übertragen wird. Eine Reinigungskraft oder eine Kraft, die nur hauswirtschaftliche Tätigkeiten selbst erbringt, ohne die Bewohnerinnen und Bewohner in die Tätigkeiten einzubeziehen, erfüllt nicht die Voraussetzung der „hauswirtschaftlichen Unterstützung“. Eine Unterstützung im Sinne dieser Vorschrift ist keine vollständige Übernahme von Tätigkeiten, sondern setzt eine Einbeziehung des Pflegebedürftigen voraus. Eine solche Unterstützung liegt z. B. beim gemeinschaftlichen Kochen vor. Unterstützung ist die teilweise Übernahme, aber auch die Beaufsichtigung der Ausführung von Verrichtungen oder die Anleitung zu deren Selbstvornahme.

3. Zur Überprüfung der leistungsrechtlichen Tatbestandsmerkmale benötigen die Pflegekassen Informationen, deren Erhebung von den Datenschutzbehörden unterschiedlich bewertet wurde. Mit der Aufnahme des Absatzes 2 wird hierfür eine gesetzliche Ermächtigung geschaffen. Bei Zweifeln am Vorliegen der leistungsrechtlichen Tatbestandsmerkmale soll zudem die Abfrage der mit der Präsenzkraft vereinbarten Aufgaben möglich sein, was beispielsweise durch die Vorlage einer entsprechenden Vereinbarung mit der Auftraggebergemeinschaft beantwortet werden kann.

Die Pflegekasse ist berechtigt, den Pflegevertrag nach § 120 anzufordern. Es ist aber nicht vorgeschrieben, dass ein ambulanter Pflegedienst beauftragt sein muss, vielmehr kann die Pflege auch in anderer Weise sichergestellt sein. Auch Pflegegeld beziehende Versicherte können den Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag haben.

Die Neufassung des § 38a erfordert bei Bewohnerinnen und Bewohnern einer Wohngruppe, die bereits bisher den Wohngruppenzuschlag bezogen haben, keine neue Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen durch die Pflegekassen. Durch die Neufassung des § 38a soll kein Bewohner und keine Bewohnerin einer Wohngruppe seinen bzw. ihren bisher bestehenden Anspruch nach § 38a verlieren, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat.

Das Anwachsen der Zahl und der Bedeutung ambulant betreuter Wohngruppen für die pflegerische Versorgung stellt auch die Frage, wie die Qualität der konzeptionellen Grundlagen, der pflegerischen Versorgung und der Betreuung in dieser Versorgungsform sichergestellt werden kann. Daher ist mit Blick auf die zweite Stufe der Pflegereform zu prüfen, wie die dazu notwendigen pflegfachlichen Entwicklungen unterstützt und ob in die gesetzlichen Vorschriften zur Qualitätssicherung in der Pflege entsprechende Regelungen eingefügt werden müssen.

Zu Nummer 9 (§ 39 Absatz 1 Satz 1 SGB XI)

(Verhinderungspflege)

Die Vorschrift bestimmt, dass die im Rahmen der Verhinderungspflege angefallenen Kosten zur Sicherstellung der Ersatzpflege gegenüber der Pflegekasse nachzuweisen sind.

Zu Nummer 17

(§ 45b Absatz 3 Satz 2 und 9 und Absatz 4 SGB XI)

(anteilige Verwendbarkeit des ambulanten Sachleistungsbudgets auch für Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote; Evaluation der Neuregelung; Anpassung der Verordnungsermächtigung der Länder zur Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote)

Zu Buchstabe e

Zu Absatz 3

Zu Satz 2

Die Verwendbarkeit von noch nicht verbrauchten ambulanten Sachleistungsbeträgen auch für den Bezug von Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote wird statt auf maximal 50 Prozent des jeweiligen Sachleistungsbetrags auf maximal 40 Prozent des jeweiligen Sachleistungsbetrags begrenzt.

Zu Satz 9

Die Auswirkungen der Neuregelung zur anteiligen Verwendbarkeit der für den Bezug ambulanter Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbeträge auch für Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote sollen spätestens innerhalb von vier Jahren nach dem Inkrafttreten durch das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert werden. Dies wird gesetzlich verankert.

Zu Absatz 4

Aufgrund der Einführung neuer niedrigschwelliger Entlastungsangebote erfolgt auch eine Anpassung der Ermächtigung der Länder zum Verordnungserlass über die Anerkennung niedrigschwelliger Angebote.

Die Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und niedrigschwelliger Entlastungsangebote kann durch die Länder in zwei getrennten Rechtsverordnungen, sie kann aber auch in einer gemeinsamen Rechtsverordnung geregelt werden. Die Verordnungsermächtigung zum Erlass der Regelungen zur Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote im Sinne der §§ 45b, 45c nach dem jeweiligen Landesrecht umfasst auch die Ermächtigung der Länder zum Erlass von Vorgaben zu Umfang und Kriterien der für eine Anerkennung geforderten Qualitätssicherung einschließlich der für die jeweils beabsichtigten Tätigkeiten nachzuweisenden Qualifikationen und zu Turnus und Durchführung weiterer Überprüfungen der Angebote auch nach erfolgter Anerkennung.

Mit der Aufnahme eines neuen Satzes 2 in Absatz 4 wird zudem verdeutlicht, dass verschiedene Möglichkeiten bestehen sollen, wie sich die neuen niedrigschwelligen Entlastungsangebote in die bereits bestehenden Strukturen der niedrigschwelligen Betreuungsangebote einfügen können. Gefördert werden soll ein Neuaufwachsen von Angeboten, mit denen das insgesamt vorhandene Leistungsspektrum im Interesse der Anspruchsberechtigten sinnvoll ergänzt wird. Möglich ist daneben aber auch eine Weiterentwicklung bestehender Angebote, die das Gesamtportfolio ihrer Leistungen erweitern.

Für die Gestaltung der Angebotsstrukturen ist es wünschenswert, dass die niedrigschwelligen Anbieter ihr Leistungsangebot flexibel gestalten können und dieses beispielsweise auf die örtlichen Gegebenheiten, den individuellen Bedarf der Betroffenen sowie auf die Ressourcen der Helferinnen und Helfer abstimmen. Zu dieser Angebotsvielfalt gehört auch, dass niedrigschwellige Angebote sowohl alternativ Leistungen der Betreuung oder Leistungen der Entlastung als auch aus einer Hand integrativ Leistungen der Betreuung und Entlastung anbieten können sollen. Die getrennte Beschreibung der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote in § 45c Absatz 3 und 3a – neu – steht der Entwicklung eines gemeinsamen Angebots von sowohl Betreuungs- als auch

Entlastungsleistungen aus einer Hand nicht entgegen. Erfüllen niedrigschwellige Angebote sowohl die Voraussetzungen nach § 45c Absatz 3 als auch nach § 45c Absatz 3a – neu –, so kann in der Verordnung daher auch eine gemeinsame Anerkennung zugleich als Betreuungs- und als Entlastungsangebot vorgesehen werden.

Auf der Grundlage der gesetzlichen Voraussetzungen in § 45c und der Empfehlungen auf Bundesebene nach § 45c Absatz 6 ist es Aufgabe der Länder, im Rahmen der Verordnungsermächtigung zur Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote die konkreten Anforderungen an die Qualität und Qualitätssicherung der niedrigschwelligen Angebote zu formulieren und deren Einhaltung zu gewährleisten. Je nach der Ausgestaltung des Angebots sind dabei jeweils spezifische Qualifikationsanforderungen relevant. Entscheidend hierfür sind die Inhalte der Leistungen, die erbracht werden sollen. Niedrigschwellige Angebote, die sowohl Betreuungsleistungen als auch Entlastungsleistungen anbieten möchten, müssen daher die konkreten hierfür einschlägigen Anerkennungsvoraussetzungen jeweils insgesamt erfüllen.

Die Kostenerstattung für Leistungen eines niedrigschwelligen Angebots nach § 45b setzt voraus, dass dieses eine Anerkennung nach dem jeweiligen Landesrecht erhalten hat; für die Kostenerstattung unerheblich ist es dabei, ob jeweils eine Anerkennung als eigenständiges Betreuungsangebot oder eigenständiges Entlastungsangebot oder eine gemeinsame Anerkennung als Betreuungs- und Entlastungsangebot vorliegt.

Auch Träger ambulanter Pflegedienste können niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote initiieren bzw. gründen, die bei Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen eine Anerkennung nach dem jeweiligen Landesrecht erhalten.

Zu Nummer 24a – neu – (§ 84 Absatz 2 Satz 5 und Absatz 7 SGB XI) und

Zu Nummer 26a – neu – (§ 89 Absatz 1 Satz 3 bis 5 und Absatz 3 SGB XI)

(Gesetzliche Klarstellung der Wirtschaftlichkeit von Tariflöhnen bei Pflegevergütungsverhandlungen einschließlich Überprüfungsmöglichkeit der Kostenträger zur tatsächlichen tariflichen Bezahlung der Pflegekräfte)

Mit der Änderung wird die Stellungnahme des Bundesrates (BT-Drucksache 18/2379) aufgegriffen. Bei Vergütungsverhandlungen der Pflegeeinrichtungen wird damit die Anerkennung von tariflicher sowie entsprechender kirchenarbeitsrechtlicher Entlohnung der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen durch die Kostenträger einschließlich der Träger der Sozialhilfe sichergestellt. Die Änderung folgt der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (zuletzt mit Urteil vom 16. Mai 2013, Aktenzeichen B 3 P 2/12 R) und geht noch darüber hinaus, indem die Wirtschaftlichkeit der Entlohnung der Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen auf Grundlage von wirksamen und vollzogenen Tarifverträgen sowie entsprechender kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen für die Pflegesatz- bzw. Pflegevergütungsverhandlungen gesetzlich festgeschrieben wird. Für Pflegeeinrichtungen sollen damit Anreize gesetzt werden, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend zu entlohnen.

Um sicherzustellen, dass ein angemessenes Verhältnis zwischen der vereinbarten Pflegesatz- bzw. Pflegevergütung und den tatsächlichen Leistungen der Pflegeeinrichtung während der gesamten Laufzeit der Vergütungsvereinbarung gewährleistet ist, muss den Kostenträgern das Recht eingeräumt werden, von den Trägern der Pflegeeinrichtungen Nachweise zu verlangen, dass die finanziellen Mittel auch tatsächlich bei den Beschäftigten in Höhe der tariflichen bzw. der kirchenarbeitsrechtlichen Entlohnung ankommen. Um diesen Aspekt für die Dauer der Pflegesatzvereinbarung im stationären Bereich überprüfbar zu gestalten, wird in § 84 Absatz 7 eine solche Möglichkeit eingefügt, die über den Verweis in § 89 Absatz 3 auch für die Pflegevergütungsvereinbarung der ambulanten Pflege eröffnet ist. Die Anforderung der tatsächlichen tariflichen bzw. kirchenarbeitsrechtlichen Vergütung des Personals grenzt diese Regelung zu rein kalkulatorischen Pauschalen ab. Durch die Verpflichtung zur Einhaltung der zu Grunde gelegten Tarifbindung soll gleichzeitig die Möglichkeit eröffnet werden, im Falle der Nichteinhaltung durch die Einrichtung eine Kürzung der Pflegevergütung für die Dauer der Pflichtverletzung unabhängig vom Vorliegen und des Nachweises eines konkreten Qualitätsdefizits nach § 115 Absatz 3 herbeizuführen.

Um den Nachweis praktikabel und zielführend auszugestalten, sind die Rahmenvertragspartner nach § 75 auf Landesebene aufgefordert, die nähere Ausgestaltung des Verfahrens festzulegen.

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1 SGB XI) und

Zu Nummer 28b – neu – (§ 120 Absatz 3 SGB XI)

(Zeitvergütung)

Die Regelungen der §§ 89 und 120 werden weitestgehend auf die Fassung vor dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz zurückgeführt. Die Verpflichtung zur Vereinbarung von alternativen Vergütungen entfällt. Die Vereinba-

rungspartner nach § 89 bleiben in der konkreten Ausgestaltung der Vergütungssystematik flexibel. Davon ausgehend können grundsätzlich alle alternativen Vergütungsformen und die daraus erwachsenen Wahl- und Kombinationsmöglichkeiten für die Pflegebedürftigen insbesondere bei der Zusammenstellung ihrer Leistungen umgesetzt werden. Das berücksichtigt die aktuelle Ausgestaltung der Vergütungsvereinbarungen in den Ländern, die bereits Vergütungen unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes oder Komplexleistungen sowie Vergütungen nach Zeitaufwand nebeneinander vereinbart haben.

Nach § 120 sind Pflegebedürftige vom Pflegedienst vor Vertragsschluss und zeitnah nach jeder wesentlichen Veränderung weiterhin durch einen Kostenvoranschlag über die voraussichtlichen Kosten ihrer konkret beabsichtigten Leistungsanspruchnahme zu informieren. Dadurch bleibt, ausgehend von der nach § 89 vereinbarten Vergütungsform des Pflegedienstes, die Gestaltungsmöglichkeit mit der damit verbundenen Kostenfolge für die Pflegebedürftigen im Rahmen ihres jeweiligen Pflegearrangements transparent und nachvollziehbar. Es entfällt die verpflichtende Gegenüberstellung verschiedener Vergütungsvarianten.

Zu Nummer 27 (§ 114 Absatz 5 SGB XI)

(Redaktionelle Folgeänderung)

Redaktionelle Folgeänderung unter Beibehaltung des Textes des Gesetzentwurfs der Bundesregierung zu Artikel 1 Nummer 27.

Zu Nummer 28a – neu –

(§ 117 Absatz 2 Satz 1 und 3)

(Klarstellung)

In vielen Ländern sind die obersten Landesbehörden „die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden“, auf die die bisherige Regelung Bezug nimmt.

In einzelnen Ländern ist die Überprüfung stationärer Einrichtungen jedoch den Kreisen und kreisfreien Städten als Aufgabe zur Erfüllung nach Weisung übertragen. Die Rechts- und Fachaufsicht liegt in diesen Fällen bei den obersten Landesbehörden. Als solche ist die oberste Landesbehörde bei der Entscheidung über Modellvorhaben auch nach der bisherigen Regelung einbezogen. Durch die Neuregelung wird in diesen Ländern nunmehr die Möglichkeit geschaffen, entsprechende Vereinbarungen über Modellprojekte statt mit den Kreisen und kreisfreien Städten alternativ unmittelbar mit den obersten Landesbehörden zu treffen. Die Verantwortung der Pflegekassen und ihrer Verbände für die inhaltliche Bestimmung, Sicherung und Prüfung der Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsqualität bleibt bestehen.

Zu Nummer 28c – neu – (§ 122 Absatz 3 SGB XI)

(Besitzstandsregelung zum Wohngruppenzuschlag)

Die Neufassung des § 38a soll bei Bewohnern einer Wohngruppe, die bereits bisher den Wohngruppenzuschlag bezogen haben, keine neue Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen durch die Pflegekassen erfordern. Durch die Neufassung des § 38a soll zudem kein Bewohner einer Wohngruppe, der bisher die Wohngruppenpauschale bezogen hat, seinen Anspruch nach § 38a verlieren, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat.

Zu Nummer 30 (§ 135 Absatz 1 SGB XI – neu –)

(Zahlungsperiodizität des Pflegevorsorgefonds)

Die monatliche Zahlung begründet sich mit den Anforderungen des operativen Anlagegeschäfts des Portfoliomanagements der Bundesbank, das bei kleineren Anlagebeträgen eine deutlich schnellere Abwicklung der Investitionen erlaubt. Nach § 46 Absatz 2 Satz 6 gilt für Fristen § 26 Absatz 3 des Zehnten Buches entsprechend: Fällt das Ende der Frist (Zahlungstermin) auf einen Sonntag, einen gesetzlichen Feiertag oder einen Sonnabend, endet die Frist mit dem Ablauf des nächstfolgenden Werktages.

Zu Artikel 2a – neu – (§ 64c SGB V – neu –)

(Modellvorhaben zu 4MRGN)

Während in den letzten Jahren vor allem multiresistente Staphylococcus aureus-Stämme (MRSA) im Vordergrund standen, nimmt nun die Häufigkeit des Nachweises multiresistenter gramnegativer Erreger (MRGN) zu. Da im Gegensatz zu MRSA hier Sanierungsmaßnahmen nicht möglich sind, ist die Einschränkung der Verbreitung von MRGN von erheblicher Bedeutung. Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) empfiehlt derzeit ein risikobasiertes Screening auf 4MRGN (Multiresistente gramnegative Stäbchen mit einer Resistenz gegen vier der vier Antibiotikagruppen) bei Aufnahme in das Krankenhaus und eine vorsorgliche Isolierung der Patienten bis zum Vorliegen eines negativen Ergebnisses. Die 87. Gesundheitsministerkonferenz hat einstimmig beschlossen, die Abrechnung eines 4MRGN-Screenings im ambulanten Bereich im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu ermöglichen. In einem Modellvorhaben soll unter Berücksichtigung der Empfehlungen der KRINKO ein gezieltes Screening im ambulanten Bereich vor einer elektiven Krankenhausaufnahme erprobt werden. Damit sollen Erkenntnisse über die Effektivität und den Aufwand dieser Maßnahme gewonnen werden.

Satz 1 des Absatzes 1 bestimmt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausesellschaft in einer dreiseitigen Vereinbarung ein derartiges Modellvorhaben durchführen sollen. Satz 2 regelt, dass das Screening Patientinnen und Patienten mit von der KRINKO definierten besonderen Risiken umfassen soll. Dabei ist auch die Laufzeit des Modellvorhabens zu vereinbaren. Die Regelung schafft eine gesicherte Finanzierungsgrundlage. Satz 3 sieht vor, dass sich die Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Durchführung des Modellvorhabens in mindestens einer Kassenärztlichen Vereinigung einigen sollen. Zur Verhinderung der Weiterverbreitung von 4MRGN kann es bei einer überbezirklichen Versorgung erforderlich sein, auch überregional die Durchführung der Screening-Maßnahmen vor Aufnahme in das Krankenhaus in Modellvorhaben zu ermöglichen. Die Notwendigkeit einer überregionalen Durchführung des Modellvorhabens kann sich insbesondere auch deshalb ergeben, um ausreichende Fallzahlen zu gewährleisten und um regionale Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur zu berücksichtigen. Auch zu diesen Zwecken ist das Einvernehmen mit dem Robert Koch-Institut herzustellen. Das Modellvorhaben soll Fragen der Effizienz, des Nutzens sowie der geeigneten Rahmenbedingungen eines ambulanten 4MRGN-Screenings klären. Hiermit könnten auch die Folgekosten, die durch eine intensive Infektionsbekämpfung im Krankenhaus entstehen, minimiert werden. Satz 5 bestimmt daher, dass das Modell wissenschaftlich in Abstimmung mit dem Robert Koch-Institut zu evaluieren ist.

In Absatz 2 Satz 1 wird geregelt, dass im Falle der Nichteinigung über die Durchführung eines Modellvorhabens nach Absatz 1 jede Vertragspartei die Landesschiedsstelle nach § 114 anrufen kann, damit diese eine Vereinbarung zur Durchführung eines Modellvorhabens in einer Kassenärztlichen Vereinigung festsetzen kann. Satz 2 verweist hierzu darauf, dass die Landesschiedsstelle in diesem Fall um Vertreter der Vertragsärzte erweitert wird (erweiterte Schiedsstelle). Satz 3 bestimmt, dass die Anrufung der Schiedsstelle unterbleiben soll, wenn in einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung bereits ein Modellvorhaben vereinbart wurde, in der Kassenärztlichen Vereinigung keine überbezirkliche Versorgung besteht und eine überregionale Durchführung in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen aus wissenschaftlichen Gründen nicht erforderlich ist.

Zu Artikel 2b – neu – (KHEntgG)

(Verlängerung von Mehrleistungsabschlag und Versorgungszuschlag)

Der Artikel ändert das Krankenhausentgeltgesetz. Der zum Ende des Jahres 2014 auslaufende Mehrleistungsabschlag und der zeitgleich auslaufende Versorgungszuschlag werden bis zu einer differenzierenden Anschlussregelung zur Mengensteuerung auf unbestimmte Zeit verlängert. Die Verlängerung soll grundsätzlich aufkommensneutral erfolgen. Um dies bei Aufrechterhaltung der Höhe des bestehenden Versorgungszuschlags zu erreichen, wird die Dauer des Mehrleistungsabschlags von zwei auf drei Jahre verlängert.

Zu Nummer 1 (§ 4 Absatz 2a KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Für Leistungen, die im Vergleich zum vereinbarten Erlösbudget für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, wird über das Jahr 2014 hinaus der Mehrleistungsabschlag in Höhe von 25 Prozent verlängert.

Zu Buchstabe b

Der verlängerte Mehrleistungsabschlag hat eine dreijährige Geltung, d. h. Leistungen, die z. B. für das Jahr 2013 zusätzlich vereinbart wurden, unterliegen auch noch in den Jahren 2014 und 2015 dem Mehrleistungsabschlag, soweit sie auch noch in diesen Jahren vom Krankenhaus erbracht werden.

Zu Nummer 2 (§ 8 Absatz 10 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Um neben der absenkenden Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4) durch die Erhebung des zeitlich befristeten Mehrleistungsabschlags nach § 4 Absatz 2a für die Krankenhäuser insgesamt keine doppelte Belastung, sog. doppelte Degression, entstehen zu lassen, wird neben dem Mehrleistungsabschlag parallel auch der Versorgungszuschlag verlängert.

Zu Buchstabe b

Mit dem angefügten Satz werden die Bedingungen für die letztmalige Erhebung des Versorgungszuschlags definiert. Der Versorgungszuschlag ist bei denjenigen Patientinnen und Patienten letztmalig in Rechnung zu stellen, die zum 31. Dezember des Jahres aufgenommen werden, in dem der Mehrleistungsabschlag das letzte Mal erhoben wird.

Zu Nummer 3 (§ 14 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG)

Die Regelung bestimmt, dass auch Zu- und Abschläge, die nicht in § 5 genannt werden, wie z. B. der Mehrleistungsabschlag nach § 4 Absatz 2a oder der Hygienezuschlag nach § 4 Absatz 11, der Genehmigung nach § 14 durch die zuständige Landesbehörde unterliegen. Hierdurch wird gewährleistet, dass alle nach dem Krankenhausentgeltgesetz krankenspezifisch vereinbarten Zu- und Abschläge der Genehmigung unterliegen und eine Aufspaltung des Rechtsschutzes vermieden wird.

Zu Artikel 3 – neu – (§ 80 AMG)

(Änderung des Arzneimittelgesetzes)

Mit den Änderungen soll dem Ordnungsgeber im Hinblick auf die technisch komplexen Entwicklungen einerseits und dem Bedürfnis nach praktikablen Verfahren und Effizienzsteigerung andererseits die Möglichkeit eingeräumt werden, die Einzelheiten für die Einreichung von Unterlagen bei Registrierungsverfahren sowie bei der Veröffentlichung der Ergebnisse klinischer Prüfungen nach § 42b des Arzneimittelgesetzes einheitlich zu regeln.

Zu Nummer 1

Entsprechend § 80 Satz 1 Nummer 1, der die Verfahren bei der Zulassung sowie der Verlängerung der Zulassung erfasst, soll § 80 Satz 1 Nummer 4 neben dem Verfahren bei der Registrierung auch das Verfahren bei der Verlängerung der Registrierung erfassen. Damit wird dem Ordnungsgeber ermöglicht, einheitliche Regelungen für die im Zusammenhang stehenden Verfahren zu treffen.

Zu Nummer 2

Die Verordnungsmächtigung wird um das Verfahren bei der Veröffentlichung der Ergebnisse klinischer Prüfungen nach § 42b erweitert. Diese Berichte stehen in engem Zusammenhang mit den bereits von § 80 erfassten Verfahren. Es soll auch für diese Verfahren die Möglichkeit einheitlicher Verfahrensvorschriften geschaffen werden.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Artikel 4 – neu – (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

Zu Absatz 1

Es ist vorgesehen, dass das Gesetz am Tag nach der Verkündung in Kraft tritt, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.

Zu Absatz 2

Artikel 1 soll zum 1. Januar 2015 in Kraft treten.

Zu Absatz 3

Der neue Artikel 2b soll einen Tag nach der dritten Lesung im Deutschen Bundestag (voraussichtlich 17. Oktober 2014) in Kraft treten. Durch die Regelung werden der ansonsten zum Ende des Jahres 2014 auslaufende Mehrleistungsabschlag und der zeitgleich auslaufende Versorgungszuschlag bis zu einer differenzierenden Anschlussregelung zur Mengensteuerung auf unbestimmte Zeit aufkommensneutral verlängert.

Berlin, den 15. Oktober 2014

Erwin Rüdell
Berichtersteller

Mechthild Rawert
Berichterstellerin

Pia Zimmermann
Berichterstellerin

Elisabeth Scharfenberg
Berichterstellerin