

## **Bericht\***

**des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**

- a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung  
– Drucksachen 17/9369, 17/9669 –**

**Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung  
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG)**

- b) zu dem Antrag der Abgeordneten Kathrin Senger-Schäfer, Diana Golze,  
Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
– Drucksache 17/9393 –**

**Pflege tatsächlich neu ausrichten – Ein Leben in Würde ermöglichen**

- c) zu dem Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Birgitt Bender,  
Markus Kurth, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/  
DIE GRÜNEN  
– Drucksache 17/9566 –**

**Für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung – Nutzerorientiert,  
solidarisch, zukunftsfest**

- d) zu dem Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Fritz Kuhn,  
Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/  
DIE GRÜNEN  
– Drucksache 17/2924 –**

**Versorgungslücke nach Krankenhausaufenthalt und ambulanter medizinischer  
Behandlung schließen**

---

\* Die Beschlussempfehlung wurde gesondert auf Drucksache 17/10157 verteilt.

## Bericht des Abgeordneten Willi Zylajew

### A. Allgemeiner Teil

#### I. Überweisung

##### Zu Buchstabe a

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf die **Drucksachen 17/9369** und **17/9669** in seiner 175. Sitzung am 26. April 2012 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales sowie an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und gemäß § 96 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages (GO-BT) an den Haushaltsausschuss sowie in der 181. Sitzung am 24. Mai 2012 nachträglich an den Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz überwiesen.

##### Zu Buchstabe b

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf **Drucksache 17/9393** in seiner 175. Sitzung am 26. April 2012 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Innenausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und den Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung überwiesen.

##### Zu Buchstabe c

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf **Drucksache 17/9566** in seiner 178. Sitzung am 10. Mai 2012 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

##### Zu Buchstabe d

Der Deutsche Bundestag hat den Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf **Drucksache 17/2924** in seiner 81. Sitzung am 16. Dezember 2010 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und den Ausschuss für Arbeit und Soziales überwiesen.

#### II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

##### Zu Buchstabe a

Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen wird in wenigen Jahrzehnten von zurzeit 2,4 Millionen auf mehr als 4 Millionen Menschen ansteigen. Diese pflegebedürftigen Menschen werden in zunehmendem Maße auch an Demenz erkrankt sein. Bereits heute sind von den Pflegebedürftigen rund 900 000 Menschen demenziell erkrankt. Insgesamt wird die

Zahl der an Demenz erkrankten Bürgerinnen und Bürger auf mindestens 1,2 Millionen geschätzt. Gleichzeitig sinkt die Bevölkerungszahl und damit die Zahl der Erwerbstätigen. Künftig kann es deshalb zu personellen Engpässen im Pflegebereich kommen. Um diesem Prozess gegenzusteuern und den Herausforderungen in der Pflege gerecht zu werden, sollen sowohl die pflegerische Versorgung als auch die Finanzierung der Pflege angepasst werden.

Der Gesetzentwurf zielt darauf ab,

1. bis zur Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs das Leistungsangebot für an Demenz erkrankte Menschen zum 1. Januar 2013 zu verbessern sowie
2. die Versorgungsstrukturen effizienter und zielgerichteter auszugestalten.
3. Gleichzeitig soll die Finanzierungsgrundlage der Pflegeversicherung durch eine kurzfristige Beitragssatzerhöhung um 0,1 Prozentpunkte angepasst werden.

Bis zur Leistungsgewährung auf Grund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sollen u. a. folgende besonders hervorzuhebende Maßnahmen getroffen werden:

1. Leistungsverbesserungen für Demenzkranke

Zu Hause betreute Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die in Pflegestufe 1 oder 2 eingestuft sind, sollen einen pauschal erhöhten Leistungsbetrag erhalten. Versicherte der sogenannten Pflegestufe 0 sollen zusätzlich zu den Angeboten nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) Pflegegeld oder -sachleistungen erhalten können. Die Versorgung von Betroffenen in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege wird durch die über die Pflegeversicherung finanzierte Möglichkeit, zusätzlich Betreuungskräfte einzusetzen, erweitert.

2. Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme

Pflegebedürftige, insbesondere demenziell erkrankte Pflegebedürftige, und ihre Angehörigen sollen künftig bei der Zusammenstellung des Leistungsangebots neben verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen auch Zeitvolumen mit entsprechenden pflegerischen Leistungen wählen können. Das Leistungsangebot soll aus Grundpflege, hauswirtschaftlicher Versorgung und häuslicher Betreuung kombiniert werden können. Im Rahmen eines Modellvorhabens mit wissenschaftlicher Evaluation sollen weitere qualifizierte ambulante Leistungserbringer zugelassen werden, die insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige häusliche Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung anbieten.

3. Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ soll durch die Stärkung der Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen auf eine nachvollziehbare und transparente Prüfung eines möglichen Leistungsanspruchs gefördert werden. Die Pflegekassen werden verpflichtet, den Antragstellern zusätzlich zum Leistungsbescheid eine Rehabilitationsempfehlung zu übermitteln, in der notwendige, empfehlenswerte Maß-

nahmen der medizinischen Rehabilitation sowie Gründe, die gegen eine Rehabilitationsempfehlung sprechen, genannt werden.

#### 4. Gleichzeitige Gewährung von Pflegegeld und Kurzzeit-beziehungsweise Verhinderungspflege

Bei Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege soll das Pflegegeld zur Hälfte weitergezahlt werden. Dadurch wird es pflegenden Angehörigen erleichtert, eine Erholungszeit zu nehmen.

#### 5. Verbesserung der rentenrechtlichen Berücksichtigung von Pflegezeiten

Künftig sollen rentenrechtlich wirksame Pflegezeiten adiiert werden können, wenn bei den Pflegebedürftigen mindestens die Pflegestufe I anerkannt ist. Bisher mussten mindestens 14 Pflegestunden bei einer Pflegeperson geleistet werden, um rentenrechtliche Berücksichtigung zu finden.

#### 6. Stärkung neuer Wohn- und Betreuungsformen

Neue Wohn- und Betreuungsformen sollen finanziell gefördert werden, um stationäre Pflege zu vermeiden und dem Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung gerecht zu werden.

#### 7. Verbesserung der medizinischen Versorgung insbesondere in Pflegeheimen

Zur Förderung der medizinischen Versorgung in den Pflegeheimen soll die Vorgabe, dass Kassenärztliche Vereinigungen auf Antrag eines Pflegeheims Kooperationsverträge mit geeigneten Ärzten anzustreben haben, stringenter gefasst werden und die Kassenärztlichen Vereinigungen vor Ort die Kooperationsverträge vermitteln. Ärzte und Zahnärzte sollen bei Abschluss von Kooperationsverträgen eine zusätzliche Vergütung erhalten. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sollen verpflichtet werden, die medizinische Versorgung zu beschreiben und mit den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen zu veröffentlichen. Aus Gründen der Gleichbehandlung soll die Leistung für die aufsuchende zahnärztliche Versorgung auf immobile Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ausgeweitet werden.

#### 8. Verbesserung der Beteiligung von Betroffenen und Versicherten

Um die Interessen der Betroffenen in Fragen der Begutachtung, Qualitätsentwicklung und der Transparenz von Qualitätsergebnissen stärker zu berücksichtigen, wird die Beteiligung der Betroffenen ausgebaut und konkreter gefasst.

#### 9. Förderung der Selbsthilfe und des ehrenamtlichen Engagements

Die Bedeutung der Selbsthilfe soll durch die Schaffung eines durch das jeweilige Bundesland anteilig mitfinanzierten Finanztopfs unterstrichen werden. Klargestellt wird, dass für ehrenamtliche Unterstützung als ergänzendes Engagement bei allgemeinen Pflegeleistungen im stationären Bereich eine Aufwandsentschädigung gezahlt werden kann.

#### 10. Dienstleistungsorientierung bei der Begutachtung von Antragstellern

Begutachtungsverfahren und Entscheidungen über Pflegebedürftigkeit sollen für die Versicherten zügiger erfolgen und transparenter gestaltet werden. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung wird zur Entwicklung und Veröffentlichung von Servicegrundsätzen sowie zur Einrichtung eines Beschwerdemanagements verpflichtet. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll bis zum 31. März 2013 entsprechende Richtlinien erlassen. Werden die gesetzlichen Entscheidungsfristen überschritten, sollen Versicherte von der Pflegekasse für jeden Verzögerungstag zehn Euro erhalten. Die Pflegekassen sollen neben dem Medizinischen Dienst auch unabhängige Gutachter mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit beauftragen können. Dabei soll der Antragsteller aus in der Regel drei Gutachtern auswählen können. Pflegekassen oder benannte Pflegeberater haben die Versicherten darüber zu informieren, dass sie einen Anspruch auf das Gutachten haben.

#### 11. Sicherstellung der frühzeitigen Beratung

Damit die Beratung von Antragstellenden frühzeitig erfolgt, sollen künftig die Pflegekassen innerhalb von zwei Wochen einen Ansprechpartner benennen und einen Beratungstermin anbieten. Für den Fall, dass dies nicht sichergestellt werden kann, soll der Versicherte einen Beratungsgutschein erhalten, der es ermöglicht, innerhalb von zwei Wochen die Beratung bei einer unabhängigen Beratungsstelle in Anspruch zu nehmen.

Der **Nationale Normenkontrollrat** (NKR) hat den Entwurf des Gesetzes geprüft und am 15. März 2012 folgende Stellungnahme abgegeben (Drucksache 17/9369 Anlage 2):

*„Der Nationale Normenkontrollrat hat den Entwurf des Gesetzes geprüft.*

*Das Gesetz hat Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand von Bürgerinnen und Bürgern, Wirtschaft und Verwaltung.*

*Nach Schätzung des Ressorts sinkt der jährliche Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger im Saldo um 800 Stunden und rund 93 Tsd. Euro. Zusätzlich entsteht für Bürgerinnen und Bürger eine einmalige Belastung von 6.400 Stunden und rund 20 Tsd. Euro. Für die Verwaltung entsteht im Saldo jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 15,4 Mio. Euro und einmaliger Aufwand in Höhe von rund 5,4 Mio. Euro. Für die Wirtschaft entsteht im Saldo jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 4,6 Mio. Euro und einmaliger Aufwand in Höhe von rund 2,4 Mio. Euro.*

*Der Normenkontrollrat hat hierzu folgende Anmerkungen:*

- Die Veränderungen des Erfüllungsaufwandes zielen insbesondere darauf ab, Beratung und Transparenz in der Pflege zu verbessern. Durch die Verpflichtung der Pflegekassen und Versicherungsunternehmen in § 7b SGB XI, einen Beratungstermin anzubieten bzw. einen Beratungsgutschein auszugeben, entsteht bei Pflegekassen und Versicherungsunternehmen Erfüllungsaufwand, den das Ressort abgeschätzt hat. Das Ressort hat aufgrund der Ressortanhörung in der Begründung dargelegt, dass durch den Entwurf die Gefahr von Doppelstrukturen nicht begründet wird. Pflegekassen waren auch bisher schon berechtigt, Dritte mit der Pflegeberatung zu beauf-*

tragen. Als Dritte zählen hierbei nicht die Pflegestützpunkte.

- In § 18 Absatz 3a SGB XI werden die Pflegekassen und Versicherungsunternehmen verpflichtet, bei Fällen, in denen sie den schriftlichen Bescheid über den Pflegeantrag nicht innerhalb der gesetzlich festgelegten Frist von 5 Wochen erteilen, nach Fristablauf für jeden Tag Verzögerung 10 Euro an den Pflegebedürftigen zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse bzw. Versicherung die Verzögerung nicht zu vertreten hat. Durch diese Verpflichtung entsteht laut Ressort Aufwand für die Administration der Zusatzzahlung in geschätzter Höhe von rund 4 Mio. Euro jährlich. Hinzu kommt die Zusatzzahlung selbst. Die Größenordnung dieser Zahlung hängt insbesondere davon ab, in wie vielen Fällen die Kassen und Unternehmen die Verzögerung zu vertreten haben.

Vor dem Hintergrund der vom Ressort ermittelten Kosten stellt sich die Frage der Erforderlichkeit dieser Verpflichtung und ob es eine weniger belastende Alternative gibt: Laut Fünftem Pflegebericht der Bundesregierung vom 20. Dezember 2011 haben sich die Bearbeitungszeiten im untersuchten Zeitraum zwischen 2006 und 2010 erheblich reduziert. Im Jahr 2006 betrug die durchschnittliche Dauer der Begutachtung für den ambulanten Bereich 40,9 Tage, im Jahr 2010 betrug sie 23,8 Tage. Eine Beschleunigung des Antragstellers innerhalb von fünf Wochen ist in der Regel dann möglich, wenn die Begutachtung innerhalb von vier Wochen abgeschlossen ist. Dies war im Jahr 2010 bei 68 Prozent aller Begutachtungen im ambulanten Bereich der Fall gegenüber nur 30,3 Prozent im Jahr 2006. Auch wenn immer noch in rund 30 Prozent aller Fälle im ambulanten Bereich die Begutachtung innerhalb von vier Wochen erfolgt, ist eine positive Tendenz erkennbar. Die Einführung des Systems der Zusatzzahlung an sich wird voraussichtlich zu einer weiteren Beschleunigung der Verfahren führen.

Durch die Pflicht zur Leistung der Zusatzzahlung wird ein zusätzliches Anspruchsverfahren eingeführt. In jedem Fall der Verzögerung muss die Pflegekasse prüfen, ob sie die Verzögerung zu vertreten hat. Kommt sie zur Erkenntnis, dass sie die Verzögerung nicht vertreten muss, ist es Sache des Pflegebedürftigen, dies nachprüfen zu lassen. Somit kann folgendes Dilemma entstehen: Entweder ist der Pflegebedürftige mit der Entscheidung der Pflegekasse nicht einverstanden. In diesem Fall wird er den Rechtsweg beschreiten, was zu Klageverfahren führen würde. Oder der Pflegebedürftige will sich aufgrund der Tatsache, dass er primär die Feststellung der Pflegebedürftigkeit begehrt, nicht mit einem weiteren Verfahren belasten. In diesem Fall würde die Regelung keine weitere nennenswerte Wirksamkeit entfalten.

Dem NKR stellt sich vor diesem Hintergrund die Frage, ob nicht zumindest ein kostengünstigeres Mittel zur Verfügung steht. So könnten zum Beispiel die Pflegekassen und Versicherungsunternehmen auch dadurch zur Verfahrensbeschleunigung angehalten werden, indem die Dauer der Begutachtung bzw. Bescheiderteilung der einzelnen Kassen und Unternehmen transparenter als bisher gemacht wird. Ein Mehr an Transparenz dürfte dazu führen, dass Pflegekassen und Versicherungsunternehmen weitere Anstrengungen unternehmen, um die sich (min-

destens) seit 2006 abzeichnende positive Entwicklung bei den Bearbeitungszeiten zu befördern. Außerdem müssten auf diese Weise keine Ressourcen darauf verwendet werden, das nach § 18 Absatz 3a SGB XI vorgesehene Verfahren zu administrieren, was letztlich wiederum der Bearbeitung der Pflegeanträge zugute kommen könnte.

- In § 87 Satz 3 SGB XI soll festgeschrieben werden, dass Entgelte für Verpflegung nur für Tage berechnet werden dürfen, an denen Verpflegung in Anspruch genommen wurde. Laut Ressort entsteht hierdurch geringfügiger Erfüllungsaufwand.

Die Änderung knüpft laut Begründung an die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) an, insbesondere an ein Urteil vom 13. Dezember 2007 (Az. III ZR 172/07). Der BGH hatte hierin festgestellt, „dass keine Grundlage dafür besteht, dem Bewohner das volle Verpflegungsentgelt zu berechnen, wenn er aus Gründen, die mit seiner Lebenssituation zwingend verbunden sind, die normale Verpflegung nicht entgegennehmen kann. Es ist insbesondere nicht gerechtfertigt, Bewohner, die mit Sondernahrung verpflegt werden müssen, durch die bestehen bleibende Verpflichtung, das normale Verpflegungsentgelt zusätzlich zu entrichten, zu einem Solidarausgleich für die Vergütung eines Leistungsbestandteils heranzuziehen, den sie aufgrund ihrer persönlichen Situation nicht in Anspruch nehmen können.“

Das Urteil ging von dem Fall aus, dass das Pflegeheim für einen längeren Zeitraum vorausschauend planen konnte, dass der Pflegebedürftige Sondernahrung und damit keine normale Verpflegung einnehmen musste, und dass das Pflegeheim bei einer Reduzierung des Entgelts keine Einbußen erleidet, da es sich beim Einkauf der Lebensmittel darauf einrichten kann. Für den Gesetzentwurf spielt die Frage, warum und wie lange der Pflegebedürftige an der Verpflegung nicht teilnimmt, keine Rolle. Folge wird voraussichtlich sein, dass der Betreiber des Pflegeheims letztlich taggenau beweisen muss, dass der Pflegebedürftige tatsächlich die Verpflegung in Anspruch genommen hat. Dies erfordert im Ergebnis eine zusätzliche Dokumentation. Daneben ist das Pflegeheim weiterhin gehalten, Verpflegung vorzuhalten, es darf aber in der Abrechnung nur die Tage in Ansatz bringen, an denen Verpflegung tatsächlich in Anspruch genommen wurde. Hierdurch entsteht zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

- In § 89 Absatz 3 Satz 1 SGB XI ist vorgesehen, dass die Vergütungen mit Wirkung ab dem 1. Januar 2013 nach Zeitaufwand und unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen je nach Art und Umfang der Pflegeleistung zu bemessen sind. Das Ressort hat für die Vereinbarung dieser Vergütungen den Erfüllungsaufwand abgeschätzt. Unklar bleibt, wann der Wechsel der Vergütung erfolgen kann. Sollte dies jederzeit möglich sein, entsteht dadurch zusätzlicher Aufwand für Dokumentation und Abrechnung.
- Die Bundesregierung hat sich das Ziel gesetzt, die Bürokratiekosten der Wirtschaft bis Ende 2011 netto um 25 Prozent im Vergleich zur Rechtslage am 30. September 2006 zu senken. Zur Erreichung dieses Ziels hat sie

am 14. Dezember 2011 beschlossen, auch die Bürokratiekosten der Wirtschaft im Bereich Gesundheit und Pflege zu senken. Für beide Bereiche könnte das Entlastungspotenzial laut Eckpunktepapier zusammengenommen bei bis zu 50 Mio. Euro pro Jahr liegen.

Da durch den vorliegenden Entwurf der Aufwand für die Wirtschaft ansteigen wird, müssen zusätzliche entlastende Maßnahmen identifiziert werden. Sollten diese Maßnahmen im parlamentarischen Verfahren dieses Gesetzesentwurfs als Formulierungshilfe eingebracht werden, bittet der NKR um eine frühzeitige Beteiligung durch das Ressort.

Der NKR bittet das Ressort, in seiner möglichen Stellungnahme nach § 6 Absatz 1 Satz 2 NKR-Gesetz insbesondere auch auf die zu § 18 Absatz 3a SGB XI geäußerten Bedenken einzugehen.“

Die **Bundesregierung** hat zur Stellungnahme des Nationalen Normenkontrollrats folgende Stellungnahme abgegeben (Drucksache 17/9369 Anlage 3):

„Die Bundesregierung hat sich im Hinblick auf die Notwendigkeit einer Neuausrichtung in der Pflegeversicherung darauf verständigt, kurzfristig neben Verbesserungen bei den Leistungen insbesondere für Demenzerkrankte und für Angehörige, der Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme und der Stärkung neuer Wohn- und Betreuungsformen auch die Stellung der Pflegebedürftigen und Antragsteller zu stärken. Das betrifft unter anderem die Verpflichtung der Pflegekassen, kurzfristig einen Beratungstermin anzubieten. Zudem soll ein Anreiz gesetzt werden, dass Pflegekassen dafür sorgen, dass Anträge in der gesetzlich vorgesehenen Frist bearbeitet werden. Zu diesem in der Stellungnahme des NKR zentralen Punkt weist die Bundesregierung darauf hin, dass es das Ziel der Bundesregierung ist, das Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit so zu gestalten, dass es den Interessen und Ansprüchen der Antragsteller hinsichtlich einer zügigen Bescheiderteilung und einer umfassenden Information besser gerecht wird.

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen müssen schnelle und unbürokratische Entscheidungen über die von ihnen beantragten Leistungen erhalten, um die Pflege zeitnah planen und organisieren zu können. Die gesetzlichen Fristen zur Bescheiderteilung werden jedoch nicht immer eingehalten.

Die Bundesregierung erwartet, dass die Pflegekassen sich an die gesetzlich vorgegebenen Fristen zu Bescheiderteilung gebunden sehen und diese einhalten. Die vorgesehene Einführung einer Zahlung der Pflegekasse von 10 Euro für jeden Tag Verzögerung an den Pflegebedürftigen, wenn die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb der gesetzlich festgelegten Fristen erteilt, dient diesem Ziel. Es entsteht Druck für die Pflegekassen, sich im Hinblick auf die Einhaltung der Fristen nicht nur überwiegend, sondern in jedem Einzelfall gesetzmäßig zu verhalten (Sicherungsfunktion). Darüber hinaus hat die Regelung auch eine Ausgleichsfunktion: Es entsteht den Antragstellern zwar tatsächlich kein unmittelbarer wirtschaftlicher Schaden, da Leistungen rückwirkend gewährt werden. Aber es entstehen nicht zu vernachlässigende Unannehmlichkeiten, was die Versorgungssicherheit der Pflegebedürftigen angeht, indem bis zur Bescheiderteilung grund-

sätzliche Unsicherheit darüber besteht, ob eine Leistung erfolgt, ob man einen Pflegedienst wird engagieren können usw. Gegebenenfalls kommt die Notwendigkeit hinzu, über die Frist von fünf Wochen hinaus in Vorleistung zu treten, um überhaupt eine Versorgung sicherzustellen.

Der NKR stellt fest, dass ‚die Einführung des Systems der Zusatzzahlung an sich‘ – gegenüber der in den vergangenen Jahren deutlich verkürzten Bearbeitungszeiten – ‚voraussichtlich zu einer weiteren Beschleunigung der Verfahren führen [wird]‘. Die Pflegekassen sollen veranlasst werden, zum Beispiel durch vorausschauendes Management zu gewährleisten, dass Bescheide rechtzeitig erteilt werden. In diesem Fall findet die Zuzahlungsregelung keine Anwendung.

Aus Sicht der Bundesregierung handelt es sich bei der Regelung nicht um ein ‚zusätzliches Anspruchsverfahren‘. Vielmehr besteht auch heute unverzichtbar die Notwendigkeit eines ‚Controllings‘ zur Einhaltung der Fristen zur Bescheiderteilung. Hier kann insofern kein Mehraufwand geltend gemacht werden. Die Bundesregierung ist auch der Auffassung, dass es im Sinne der Versicherten und einer verbraucherorientierten Dienstleistung erforderlich ist, die Pflegekassen dazu anzuhalten, bei Überschreiten der gesetzlichen Entscheidungsfrist einen Klärungsprozess bezüglich der Ursachen vorzunehmen, um für zukünftige Antrags- und Begutachtungsverfahren einschließlich der dazugehörigen zugehenden Beratung Fristüberschreitungen möglichst auszuschließen.

Zu der durch den NKR in seiner Stellungnahme erwogenen Alternative, die Pflegekassen und Versicherungsunternehmen zu mehr Transparenz der Begutachtungszeiten zu verpflichten und dadurch eine konsequente Einhaltung der gesetzlichen Fristen der Bescheiderteilung zu erreichen, ist Folgendes auszuführen:

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) weist auf der Grundlage der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die von den Medizinischen Diensten zu übermittelnden Berichte und Statistiken gemäß § 53a des Elften Buches bereits jährlich eine Begutachtungsstatistik aus, in der die Erledigungsdauer der Erstgutachten der jeweiligen Medizinischen Dienste der Krankenversicherung für den ambulanten und stationären Bereich differenziert dargestellt wird. Die Daten wurden durch den MDS im Internet für 2009 veröffentlicht. Trotz dieser Transparenz werden dennoch nach wie vor in rund einem Drittel aller Erstbegutachtungsfälle im ambulanten Bereich die Begutachtungen nicht innerhalb von vier Wochen durchgeführt. Eine Bescheidung des Antragstellers durch die Pflegekasse innerhalb von fünf Wochen ist aber in der Regel nur dann möglich, wenn die Begutachtung innerhalb von vier Wochen abgeschlossen ist.

Aus Sicht der Bundesregierung ist dem einzelnen Antragsteller mit im Folgejahr veröffentlichten statistischen Daten seiner Kasse/seines MDK in der konkreten Situation nicht geholfen. Ziel muss es sein, in der konkreten Situation Beschleunigung zu erreichen. Insofern ist die Regelung – wie oben bereits erwähnt – auch im Zusammenhang mit der Möglichkeit zur Aktivierung weiterer Gutachter und der Konkretisierung von Vorgaben für Verfahren bei der Beratung von Antragstellern (§ 7b des Elften Buches – neu) zu sehen. Dieses Gesamtpaket dient dazu, das Begutachtungs-

verfahren insgesamt zu beschleunigen und kundenorientierter zu gestalten.

*Im Hinblick auf das Ziel, Bürokratiekosten für die Wirtschaft einzusparen, wird im Laufe des weiteren parlamentarischen Verfahrens zu prüfen sein, inwieweit weitere Vorschläge der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung in der Pflege in das Gesetz aufgenommen werden können. Der NKR wird in diesen Prozess so frühzeitig wie möglich einbezogen.“*

Der **Bundesrat** hat in seiner 896. Sitzung am 11. Mai 2012 gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes über den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 17/9369 beraten. In seiner Stellungnahme hat er eine Reihe von Änderungen sowie eine Prüfbitte zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) („Möglichkeit für eine verbindliche aufsuchende zahnärztliche Versorgung in Pflegeheimen“) aufgelistet (Bundratsdrucksache 170/12(B)/Drucksache 17/6996).

Die Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf beziehen sich vor allem auf folgende Regelungsbereiche:

- Modifizierungen bei der Aufklärung und Beratung der Versicherten (§ 7 ff. SGB XI), einschließlich einer Streichung der Beratung mittels Beratungsgutscheine durch qualifizierte, unabhängige Beratungsstellen,
- Einführung einer befristeten Erprobung neuer Versorgungsformen durch die Landesverbände (§ 8 Absatz 4 SGB XI – neu),
- Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18 ff. SGB XI), wie z. B. Streichung des geplanten Einsatzes externer Gutachter bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder der Regelungen bei verspäteten Entscheidungen der Pflegekassen,
- Einführung einer schnelleren Dynamisierung der Pflegeleistungen sowie einer Anpassung der Pflegeleistungen der Stufe I im ambulanten und stationären Bereich (§ 30 SGB XI),
- weitere Verbesserungen der Leistungen (§ 34 ff. SGB XI, wie z. B. Verbesserungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson in Form von Beitragszahlungen an die Rentenversicherung bereits ab 10,5 Stunden (heute ab 14 Stunden), flexiblere Leistungsgewährung durch Zusammenlegung des Anspruches bei Verhinderungs- und Kurzzeitpflege sowie erweiterte Möglichkeiten zu Pflegekursen und der Unterstützung von Angehörigengruppen),
- Erhöhung des Fördervolumens für neue Wohnformen von 30 auf 40 Mio. Euro (§ 45e SGB XI – neu) sowie eine länderbezogene Verteilung der Mittel nach dem „Königsteiner Schlüssel“ einschließlich einer Abstimmung zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen, der privaten Krankenversicherung, den Ländern und den kommunalen Spitzenverbänden zur Vergabe und den Fördervoraussetzungen, um eine Einbindung in die regionalen pflegeplanerischen Maßnahmen der Länder zu gewährleisten,
- Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern (§ 72 ff. SGB XI),
- Klarstellungen bei der Finanzierung der Pflegeeinrichtungen (§ 82 ff. SGB XI), der Vergütung der stationären

Pflegeleistungen (§ 84 ff. SGB XI) und der Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen (§ 89 SGB XI) aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts,

- Qualitätssicherung und -prüfung (§ 114 ff. SGB XI),
- Beteiligung von pflegenden Angehörigen bei den Interessenvertretungen (§ 118 SGB XI),
- die Berücksichtigung von Belangen pflegender Angehöriger bei Entscheidungen über Rehabilitationsmaßnahmen im Fünften und Sechsten Buch Sozialgesetzbuch und
- das Inkrafttreten der Entgeltregelung für Verpflegung.

In ihrer Gegenäußerung vom 16. Mai 2012 hat die **Bundesregierung** weitgehend an den Regelungen des Entwurfes des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes festgehalten (vgl. Drucksache 17/9669). Mit dem Gesetzentwurf wolle die Bundesregierung der demografischen Entwicklung Rechnung tragen und die Pflege zukunftssicherer gestalten. Wichtige Bausteine seien dabei Leistungsverbesserungen, insbesondere für demenziell erkrankte Menschen, die Entlastung der pflegenden Angehörigen, eine verbesserte Beratung und Information der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, die Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ sowie die Förderung neuer, ambulant betreuter Wohnformen. Außerdem solle die Pflegeversicherung im Interesse der pflegebedürftigen Menschen flexibler gestaltet werden. Zur Finanzierung der Leistungsverbesserungen solle der Beitragsatz ab dem 1. Januar 2013 um 0,1 Prozentpunkte angehoben werden. Die Länderkammer habe der grundsätzlichen Bedeutung einer solchen Reform nicht widersprochen.

Die Bundesregierung hat in der Gegenäußerung dem redaktionellen Teil des Ergänzungsvorschlages zu § 38a Absatz 1 Nummer 4 – neu – SGB XI zugestimmt. Zu verschiedenen, weiteren Vorschlägen hat die Bundesregierung Prüfung zugesagt. Die Prüfzusagen beziehen sich u. a. auf die Ermöglichung des sogenannten Poolens im Rahmen der Regelung zu § 124 – neu – SGB XI, die Frage nach einer geeigneten Beratung und Information für Menschen mit Migrationshintergrund oder auch auf Fragen der Qualitätssicherung. Sie will zudem die Haltung des Bundesrates zur Berücksichtigung der „Mundhygiene“ bei der Ausbildung in Pflegeberufen prüfen, die dieser in seiner Prüfbitte zu Artikel 3 Buchstabe b dargestellt hat, wobei die Umsetzung allerdings weitgehend in den Zuständigkeitsbereich der Länder fällt.

Zu Buchstabe b

Die Fraktion DIE LINKE. ist der Meinung, dass der geltende, verrichtungsbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff weder pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen noch den Alltagsanforderungen der Betroffenen und ihrer Angehörigen genüge, da weder der Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung noch an Kommunikation berücksichtigt werde. Die Definition von Pflegebedürftigkeit müsse sich vielmehr an der individuellen Pflegebedürftigkeit orientieren und nicht die Zeit für alltägliche Verrichtungen zum Maßstab nehmen. Dies habe der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs bereits 2009 konstatiert.

Die Antragsteller fordern die Bundesregierung auf, die Pflegeversicherung so zu reformieren, dass den Betroffenen volle gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung ge-

währleistet würden. Dafür müsse zunächst der vom Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs definierte Pflegebedürftigkeitsbegriff gesetzlich verankert werden. Ein ebenfalls neu entwickeltes Begutachtungsverfahren müsse sowohl die körperlichen als auch die kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen erfassen sowie speziell die Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen messen können.

Für eine Neuausrichtung der Pflegeabsicherung sei das Leistungsniveau deutlich anzuheben und perspektivisch am individuellen Bedarf zu orientieren. Um den Wert zu erhalten, müssten die Leistungen jährlich regelgebunden dynamisiert werden. Die umlagefinanzierte Pflegeversicherung sei zu einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung weiterzuentwickeln wie sie die Antragsteller bereits auf Drucksache 17/7197 forderten. Diese garantiere zum einen soziale Gerechtigkeit und zum anderen eine stabil finanzierte Pflegeabsicherung, da sich alle Bürgerinnen und Bürger nach ihrer individuellen Leistungsfähigkeit mit sämtlichen Einkommensarten an der Finanzierung beteiligen müssten.

Durch die Einführung einer sechswöchigen bezahlten Pflegezeit für Erwerbstätige, wie sie die Antragsteller bereits auf Drucksache 17/1754 forderten, sollten pflegende Angehörige und ehrenamtlich Pflegende entlastet werden. Die Pflegezeit diene der Organisation der Pflege und der ersten pflegerischen Versorgung von Angehörigen oder nahestehenden Personen. Für Personen, die die Pflege dauerhaft übernehmen wollten, seien Teilzeitvereinbarungen und flexible Arbeitszeitregelungen zu ermöglichen. Zudem müssten die Infrastruktur, alternative Wohn- und Versorgungsformen ausgebaut und die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegezeiten verbessert werden.

Dem drohenden Mangel an Pflegekräften müsse durch deutlichere Anerkennung der Tätigkeit von Pflegekräften entgegengewirkt werden. Die Anhebung des Leistungsniveaus eröffne den finanziellen Spielraum, Pflegekräfte besser bezahlen zu können. Um Lohndumping zu verhindern, sei ein flächendeckender gesetzlicher Mindestlohn von zehn Euro pro Stunde einzuführen. Zur Sicherung der Pflegequalität im ambulanten und stationären Bereich müssten ein bundesweit geltender Standard über eine qualitätsbezogene Personalbemessung erarbeitet und die dreijährige Pflegeausbildung zeitgemäß weiterentwickelt werden. Für eine gerechtere Ausbildungsfinanzierung sei ein Umlageverfahren zur Einrichtung eines Ausbildungsfonds einzuführen.

Außerdem solle durch ein entsprechend ausgestaltetes Präventionsgesetz das Risiko der Pflegebedürftigkeit gesenkt, die Gesundheit der Pflegebedürftigen gestärkt und sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen verringert werden.

#### Zu Buchstabe c

Nach Auffassung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN genüge der von der Regierung vorgelegte Gesetzentwurf zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung in keiner Weise den aktuellen und kommenden Anforderungen an die Pflegeversicherung, da der Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht neu definiert werde und die geplanten Leistungsverbesserungen konzeptlos und unzureichend seien.

Die Antragsteller fordern die Bundesregierung auf, einen neuen Pflegebegriff einzuführen. Die aktivierende Pflege

müsse im Vordergrund stehen und körperliche und kognitive Beeinträchtigungen gleichberechtigt in die Bedarfserhebung einbezogen werden.

Zur Finanzierung einer grundlegenden Pflegereform müsse die Pflege-Bürgerversicherung eingeführt werden, an der sich alle Bürgerinnen und Bürger nach ihrer Leistungsfähigkeit mit sämtlichen Einkommensarten beteiligten.

Zur Vermeidung von Schnittstellenproblemen müssten gemeinsam mit Ländern und Kommunen die Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (Pflege) mit den Leistungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (Rehabilitation und Teilhabe) und dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (Eingliederungshilfe) harmonisiert werden. Außerdem müssten die pflegerischen Versorgungsstrukturen nutzerorientiert neu ausgerichtet werden. Im Wohn- und Versorgungsbereich müssten sich Pflege und Hilfe an den Bedürfnissen der Betroffenen ausrichten und beispielsweise über das Programm „Altersgerecht Umbauen“ finanziell gefördert werden. In diesem Kontext müsse auch die unabhängige Pflegeberatung weiterentwickelt sowie Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger ergriffen und u. a. in der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt werden.

Zur Stärkung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf müsse eine dreimonatige Pflegezeit kombiniert mit einer steuerfinanzierten Lohnersatzleistung eingeführt und das Teilzeit- und Befristungsgesetz stärker auf die Bedürfnisse der Pflegenden zugeschnitten werden.

Gemeinsam mit den Ländern müssten gezielte Maßnahmen zum Abbau des Personal mangels in der Pflege ergriffen werden. Hierzu gehörten neue Personalbemessungsinstrumente und regionale Monitorings zur Personalbedarfserfassung, Investitionen in entsprechende Ausbildungsplätze und eine Ausbildungsumlage sowie ein durchlässiges Ausbildungssystem und die Zahlung ortsüblicher Vergütungen und Umschulungsmaßnahmen. Ferner sollten Modellprojekte zu neuen Formen der Arbeitsorganisation und Kooperation aufgelegt werden.

Durch ein Präventionsgesetz solle zudem die betriebliche Gesundheitsförderung gestärkt werden.

#### Zu Buchstabe d

Nach Ansicht der Antragsteller wurden durch die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) im Krankenhaussektor zwar die stationären Verweildauern und die Zahl der stationären Aufenthalte gesenkt, allerdings offenbarten sich nun Schnittstellenprobleme zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Patienten erhielten nach einer ambulanten Behandlung oder einem stationären Aufenthalt keine ausreichende Versorgung an Grundpflege und/oder hauswirtschaftlicher Hilfe, so dass die Gefahr der Unterversorgung bestehe. § 37 Absatz 1 SGB V werde den durch die DRG geänderten Anforderungen nicht gerecht. Die Krankenkassen finanzierten häusliche Pflege nur dann, wenn durch sie ein stationärer Aufenthalt verkürzt oder vermieden werde. Allerdings werde gerade durch die DRG der Krankenhausaufenthalt bereits auf ein Minimum reduziert.

Die Antragsteller fordern die Bundesregierung auf, das SGB V so zu ändern, dass Patientinnen und Patienten nach einem stationären Aufenthalt bzw. nach einer ambulanten

Behandlung im Bedarfsfall einen Anspruch auf Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Versorgung haben.

Zudem sollten im Rahmen der Begleitforschung die Auswirkungen der DRG auf die Versorgungsqualität in den angrenzenden, weiter- und nachsorgenden Sektoren untersucht werden. Denn derzeit konzentriert sich die DRG-Begleitforschung auf den stationären Bereich und die quantitativen Aspekte der Versorgungsverlagerung, so dass kein Wissen zur Gestaltung einer vernetzten und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung aufgebaut werden kann. Deshalb müsse die DRG-Begleitforschung auch die aus der Versorgungsverlagerung resultierende Veränderung der Versorgungsqualität bzw. der -bedarfe anderer Versorgungsbereiche untersuchen.

### III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Zu Buchstabe a

Der **Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz** hat in seiner 74. Sitzung am 27. Juni 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 17/9369, 17/9669 in der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 17(10)903 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. angenommen.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 17(10)920 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 17(10)921 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der SPD angenommen.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 17(10)922 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 17(10)923 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 17(10)904 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. abgelehnt.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 17(10)905 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. abgelehnt.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 107. Sitzung am 27. Juni 2012 mit den Stimmen der Frak-

tionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 17/9369, 17/9669 in der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 17(11)923 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 17(11)931 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 17(11)932 wurde mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der SPD angenommen.

Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksachen 17(11)933 und 17(11)934 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Die von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vorgelegten Änderungsanträge auf Ausschussdrucksachen 17(11)922 und 17(11)924 wurden abgelehnt.

Der **Ausschuss für Familie, Frauen, Senioren und Jugend** hat in seiner 71. Sitzung am 27. Juni 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksachen 17/9369, 17/9669 in der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit geänderten Fassung anzunehmen.

Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 17(13)170, mit Ausnahme des Änderungsantrags Nummer 4, wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 17(13)177, mit Ausnahme des Änderungsantrags Nummer 18, wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 17(13)186a wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 17(13)186b wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 17(13)186c wurden mit den Stimmen der Fraktionen der



CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 17(13)186d wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und DIE LINKE. gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Zu Buchstabe b

Der **Innenausschuss** hat in seiner 78. Sitzung am 27. Juni 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 17/9393 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 107. Sitzung am 27. Juni 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 17/9393 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 71. Sitzung am 27. Juni 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 17/9393 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung** hat in seiner 80. Sitzung am 27. Juni 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 17/9393 abzulehnen.

Zu Buchstabe c

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 107. Sitzung am 27. Juni 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 17/9566 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 71. Sitzung am 27. Juni 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 17/9566 abzulehnen.

Zu Buchstabe d

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 107. Sitzung am 27. Juni 2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 17/2924 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz** hat in seiner 74. Sitzung am 27. Juni

2012 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD beschlossen zu empfehlen, den Antrag auf Drucksache 17/2924 abzulehnen.

#### IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 74. Sitzung am 9. Mai 2012 seine Beratungen zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 17/9369, 17/9669 sowie zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/9393 aufgenommen und beschlossen, zu diesen beiden Vorlagen sowie zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/9566, vorbehaltlich der Überweisung des Antrags, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Die Anhörung fand in der 76. Sitzung am 21. Mai 2012 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK), Allgemeiner Behindertenverband in Deutschland e. V. (ABiD), Arbeitgeberverband Pflege e. V., AWO – Arbeiterwohlfahrt, beamtenbund und tarifunion (dbb), Bund freiberuflicher Hebammen (BfHD), Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e. V. (BAGSO), Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS), Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR), Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (B.A.H.), Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e. V. (BAG) – 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 Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK), Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V. (BVKM), Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Bundesverband Rehabilitation (BDH), Bundesverband unabhängiger Pflegesachverständiger und PflegeberaterInnen e. V. (BVPP), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Bundesvereinigung Spitzenverbände der Immobilienwirtschaft (BSI), Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (DAIzG), Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. (DGHWi), Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Deutsche Rentenversicherung, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK), Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Fachverband für Hausgeburtschilfe (DFH), Deutscher Frauenrat e. V., Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hebammen-

verband (DHV), Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (DHPV), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (Der Paritätische), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Deutscher Verein), Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Deutsches Rotes Kreuz (DRK), Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V., Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG), GreenBirth e. V., Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V. (KDA), Managed Care e. V. (BMC), Medicproof GmbH – Medizinischer Dienst der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS), Netzwerk der Geburtshäuser e. V., Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK), Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Volkssolidarität Bundesverband e. V., wir pflegen – Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland e. V., WIR! Stiftung pflegender Angehöriger e. V. Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Prof. Dr. Stefan Görres, Wolfgang Meunier und Prof. Dr. Heinz Rothgang. Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen wird Bezug genommen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 77. Sitzung am 23. Mai 2012 die Beratungen zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 17/9369, 17/9669 und zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/9393 fortgesetzt und die Beratungen zu dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/9566 aufgenommen.

In seiner 80. Sitzung am 13. Juni 2012 hat der Ausschuss für Gesundheit die Beratungen zum Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 17/9369, 17/9669 sowie zu den Anträgen auf Drucksachen 17/9393 und 17/9566 fortgesetzt und beschlossen, eine Anhörung zum Änderungsantrag Nummer 18 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (Regelungen zur privaten Pflegevorsorge) auf Ausschussdrucksache 17(14)287 durchzuführen.

Die Anhörung fand in der 81. Sitzung am 25. Juni 2012 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: Bund der Versicherten e. V. (BdV), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Deutsche Aktuarvereinigung e. V., Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV), Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Dr. Karl-Josef Bierth, Prof. Dr. Stefan Felder, Kornelia Hagen, Prof. Dr. Klaus Jacobs, Uwe Laue und Prof. Dr. Heinz Rothgang. Auf das Wortprotokoll und

die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen wird Bezug genommen.

Zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 17/2924 hat der Ausschuss für Gesundheit bereits in der 31. Sitzung am 9. Februar 2011 die Beratungen aufgenommen und ebenfalls beschlossen, eine Anhörung durchzuführen. Die Anhörung fand in der 35. Sitzung am 23. März 2011 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK), Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e. V. (DEGEMED), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V. (DBSH), Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Hausärzterverband e. V., Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV), Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Deutsches Rotes Kreuz e. V. (DRK), Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (EKD), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland e. V., Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), Verein Ambulante Versorgungslücken, Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft. Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Manfred Adryan und Prof. Dr. Roland Schmidt. Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen wird Bezug genommen.

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 82. Sitzung am 27. Juni 2012 die Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 17/9369, 17/9669 sowie zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/9393 und zu den Anträgen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksachen 17/9566 und 17/2924 abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN den Gesetzentwurf auf Drucksachen 17/9369, 17/9669 in geänderter Fassung anzunehmen.

Ferner empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN den Antrag auf Drucksache 17/9393 abzulehnen.

Er empfiehlt weiterhin mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und DIE LINKE. den Antrag auf Drucksache 17/9566 abzulehnen.

Er empfiehlt weiterhin mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE

LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD den Antrag auf Drucksache 17/2924 abzulehnen.

Der Ausschuss hat eine Reihe von Änderungen (Ausschussdrucksachen 17(14)269, 17(14)287, 17(14)306.1 bis 17(14)306.4) zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 17/9369, 17/9669 beschlossen. Diese umfassen dabei folgende, herauszuhebende Punkte:

#### 1. für den Bereich der Sozialen Pflegeversicherung

- Sicherstellung einer für die Betroffenen verständlichen Beratung nach § 7 SGB XI (unter Einbeziehung des Internets),
- Gesetzliche Klarstellung, dass sich die Krankenkassen bei Einlösung von Beratungsgutscheinen (§ 7b SGB XI – neu) zur Hälfte an den Kosten beteiligen,
- Vereinfachung der Zusatzzahlung bei Fristüberschreitung in Begutachtungsverfahren durch Umstellung von tage- auf wochenweise sowie
- Pflicht zur Vorlage einer Liste von mindestens 3 unabhängigen Gutachtern an den Antragsteller, wenn die Begutachtung vier Wochen nach Antragstellung noch nicht durchgeführt worden ist (§ 18 SGB XI),
- Konkretisierung der Berichtspflichten der Pflegekassen im Hinblick auf Ablehnungsgründe von Rehabilitationsanträgen (§ 18a SGB XI),
- Verbesserung der Förderung von Umbaumaßnahmen zu Gunsten mehrerer Pflegebedürftiger (§ 40 SGB XI),
- Verlängerung des Anspruches auf „Kinder-Kurzzeitpflege“ vom 18. auf das 25. Lebensjahr (§ 42 SGB XI),
- Klarstellung des Anspruches auf ein ungekürztes Pflegegeld (§ 38 SGB XI) anteilig für die Tage, in denen sich Pflegebedürftige zu Hause aufhalten, die ansonsten in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen leben (§ 43a SGB XI). Dies ist insbesondere in den Ferien oder auch an Wochenenden der Fall,
- Einführung einer Verfahrensvereinbarung wegen der (neuen) Rentenansprüche bei Pflege mehrerer Pflegebedürftiger bzw. der Zusammenrechnung der Pflegezeiten für die Rentenversicherungspflicht von Pflegepersonen (§ 44 SGB XI),
- Abgrenzung der Selbsthilfeförderung nach § 45d SGB XI zum SGB V zur Vermeidung von Doppelförderungen,
- Klarstellung der Finanzierungsmöglichkeit von Aufwendungen (Personalaufwendungen, Sachkosten) unter der Voraussetzung wirtschaftlicher Betriebsführung bei ambulanten und stationären Pflegeleistungen nach den §§ 84 und 89 SGB XI,
- Verbesserung der Betreuungsrelation für die zusätzlichen Betreuungskräfte im stationären Bereich (§ 87b SGB XI) von 1:25 auf zu 1:24,
- Streichung der Entwurfsregelungen zu Verpflegungskosten (§§ 87, 87a SGB XI) in Anerkennung, dass Erfüllungsaufwand außer Verhältnis zum gewünschten Effekt stehe,

- Pflicht der Pflegeselbstverwaltung zur Einigung in den sog. Maßstäben und Grundsätzen für den stationären Bereich auf Anforderungen an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität (§ 113 SGB XI),
  - Verschiebung der Mitteilungspflichten der stationären Pflegeeinrichtungen über die ärztliche Versorgung (§ 114 SGB XI) auf den 1. Januar 2014; entsprechende Verschiebung der Informationspflichten der Landesverbände der Pflegekassen (§ 115 SGB XI),
  - Angemessene Berücksichtigung aller Erkenntnisquellen bei der Beurteilung von Pflegequalität sowie
  - Einführung einer regelhaften Anmeldung von Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten am Vortag (§ 114a SGB XI),
  - Klarstellung der Informationspflichten der Pflegedienste gegenüber den Pflegebedürftigen über neue Wahlmöglichkeiten („Zeitkontingente“, Leistungskomplexe) im Rahmen des Pflegevertrages bei häuslicher Pflege (§ 120 SGB XI),
  - Klarstellung der Möglichkeit der gemeinschaftlichen Inanspruchnahme von häuslichen Betreuungsleistungen (§ 124 SGB XI), um so die durch Betreuung abgesicherte Zeit zu erweitern,
  - Einführung eines „Dreizehnten Kapitels: Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge“, in dem die §§ 126 bis 130 SGB XI – neu – Art, Umfang, Voraussetzungen und Verfahren der Förderung der privaten Pflegevorsorge regeln; ergänzende Regelungen hierzu werden im Versicherungsaufsichtsgesetz vorgenommen.
- #### 2. im Bereich des Krankenversicherungsrechts
- Überführung der Vorschriften zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft von der Reichsversicherungsordnung (RVO) in das SGB V. An einigen Stellen werden diese Regelungen im Sinne der Versicherten ergänzt. Beispielsweise können die Krankenkassen ihren Versicherten zukünftig auch im Bereich der Hebammenleistungen in ihren Satzungen ergänzende Leistungen anbieten. Auch wird der Anspruch des Säuglings auf Hebammenhilfe nun ausdrücklich im Gesetz geregelt. Darüber hinaus wird die Qualität der Leistungen und der Leistungserbringung in der gesamten Hebammenhilfe gestärkt. Neuregelung zur Abrechnung der Leistungen der von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen (§ 301a SGB V). Zusätzlich werden im Sinne der Datensparsamkeit und zum Abbau von Bürokratie Angaben aus dem Katalog der von Hebammen und Entbindungspflegern an die Kostenträger zu übermittelnden Daten gestrichen, da diese für die Abrechnung mit den Krankenkassen nicht mehr erforderlich sind (§ 301a SGB V).
  - Verbesserungen im Bereich Entbürokratisierung unter Berücksichtigung von Vorschlägen der Ombudsfrau zur Entbürokratisierung in der Pflege im Bundesministerium für Gesundheit: Es werden Klarstellungen zur Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Verordnung für die Versorgung mit Hilfsmitteln vorgenommen. Außerdem Einführung einer Pflicht der Vertragspartner, bis zum 1. Juli

2013 die bislang fehlende Rahmenempfehlung über die häusliche Krankenpflege nach § 132a SGB V zu treffen, u. a. mit dem Ziel von Erleichterungen bei der Abrechnung im Bereich der häuslichen Krankenpflege durch eine Vereinheitlichung der bisher sehr unterschiedlichen Vorgehensweisen der Krankenkassen.

- Künftig können auch Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtungen stärker als bisher in die Versorgung pflegender Angehöriger mit Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen einbezogen werden, soweit sie dazu geeignet sind.

Eine Reihe weiterer Änderungen dienen der Anpassung des Inhaltsverzeichnisses des SGB XI, der Inkrafttretens-Regelung sowie der Rechtsbereinigung und redaktionellen Berichtigung.

Über die diesen Änderungen zu Grunde liegenden Änderungsanträge wurde wie folgt abgestimmt:

Die Änderungsanträge Nummer 1 bis 3, 5 bis 9 und 13 auf Ausschussdrucksache 17(14)269 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Die Änderungsanträge Nummer 1 bis 17 und 19 auf Ausschussdrucksache 17(14)287 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Die Änderungsanträge Nummer 4 – neu –, 10 – neu – bis 12 – neu – und 14 – neu – auf Ausschussdrucksache 17(14)306.1 wurden mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der SPD bei Stimmenthaltung der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Die Änderungsanträge Nummer 1 und 2 auf Ausschussdrucksache 17(14)306.2 wurden mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Der Änderungsantrag Nummer 18 – neu – auf Ausschussdrucksache 17(14)306.3 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Der Änderungsantrag Nummer 1 auf Ausschussdrucksache 17(14)306.4 wurde mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Darüber hinaus lagen dem Ausschuss für Gesundheit zwei Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Ausschussdrucksachen 17(14)286 und 17(14)288 vor:

1. Änderungsantrag  
auf Ausschussdrucksache 17(14)286

In Artikel 1 Nr. 27 wird Buchstabe b) ersatzlos gestrichen.

*Begründung:*

*Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung in § 72 Absatz 3 SGB XI soll die Kopplung der Zulassung einer Pflegeeinrichtung an die Zahlung einer ortsüblichen Vergütung auf*

*die Fälle begrenzen, in denen keine Verpflichtung zur Zahlung eines festgelegten Mindestentgeltes besteht.*

*Die ortsübliche Vergütung richtet sich sachgerecht nach der in der Region gezahlten (Tarif-)Lohnhöhe oder des in den örtlichen Pflegeeinrichtungen gezahlten Lohnniveaus. Die Mindestlohnhöhe liegt aber in der Regel niedriger als die ortsübliche Vergütung und soll eine absolute Lohnuntergrenze, nicht aber einen Normlohn beschreiben. Eben dieses Risiko wird jedoch durch die geplante Neuregelung geschaffen. Sie eröffnet solchen Pflegeeinrichtungen Wettbewerbsvorteile, die ihren Beschäftigten Gehälter lediglich auf Mindestlohnniveau zahlen und dennoch einen Rechtsanspruch auf eine Zulassung erhalten.*

*Es besteht die Gefahr einer rechtlich legitimierten Lohnsenkungsstrategie der Einrichtungsträger. Auf diese Weise werden die Bemühungen um die Attraktivitätssteigerung der Beschäftigung in der Pflege konterkariert und das vor dem Hintergrund eines sich abzeichnenden Fachkräftemangels in diesem Bereich. Dies ist strikt abzulehnen, zumal sich die ortsübliche Vergütung bewährt hat und auch vom Festsetzungsverfahren als gut etabliert gilt.*

*Zudem trägt die Regelung dazu bei, die Bürokratie auszuweiten, da die Pflegekassen zukünftig von jedem Beschäftigten in der Pflegeeinrichtung einen Tätigkeitsnachweises verlangen müssten, um anhand der nachgewiesenen Tätigkeiten die Ordnungsmäßigkeit der Lohnzahlung festzustellen.*

2. Änderungsantrag  
auf Ausschussdrucksache 17(14)288

*Nach Nummer 1b – neu – wird folgende Nummer 1c – neu – eingefügt:*

*1c. Nach § 33 Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:*

*„(5a) eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Betragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Abweichend von Satz 1 können die Krankenkassen eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben. **Wird im Rahmen einer laufenden Behandlung das Verfahren geändert, wann eine Verordnung durch einen Vertragsarzt als Voraussetzung einer Kostenübernahme erforderlich ist, sind Patienten und Verbände der Leistungsanbieter zeitgleich darüber zu unterrichten.**“*

*Begründung:*

*Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist für die Versorgung mit Hilfsmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eine vertragsärztliche Verordnung nicht generell erforderlich. Diese wird im neuen Absatz 5a nunmehr ausdrücklich klargestellt und näher geregelt. Mit der Beschränkung des Verordnungserfordernisses im Satz 1 auf Fälle, in denen eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung aus medizinischen Gründen zwingend geboten ist, werden die Versicherten, ihr Angehörigen, die Vertragsärztinnen und -ärzte sowie die Leistungserbringer von bürokratischem Aufwand entlastet und die Versorgungsprozesse vereinfacht. Ein Verzicht auf*

die vertragsärztliche Verordnung kann auch bei dauerhaftem Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln in Betracht kommen. Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen Versorgung wird den Krankenkassen in Satz 2 die Möglichkeit eingeräumt, abweichend von Satz 1 eine vertragsärztliche Verordnung auch dann zu verlangen, wenn nach den vertraglichen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern die Versorgung genehmigungsfrei erfolgen kann. Inwieweit für die Durchführung und Abrechnung der Versorgung eine vertragsärztliche Verordnung erforderlich ist, wird ebenfalls in den Verträgen zu regeln sein. **Deshalb sind auch die Patientinnen und Patienten über die Änderung des Verfahrens rechtzeitig zu unterrichten, damit nicht die Situation eintreten kann, dass das Hilfsmittel bereits geliefert wurde, die Patienten aber erst im Nachhinein davon erfahren, dass die Kosten durch die Krankenkassen nicht vollständig übernommen werden.**

Der Ausschuss für Gesundheit hat mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN den Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 17(14)286 abgelehnt.

Der Ausschuss für Gesundheit hat mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN den Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 17(14)288 abgelehnt.

Zu dem Gesetzentwurf auf Drucksachen 17/9369, 17/9669 lagen dem Ausschuss für Gesundheit Petitionen vor, zu denen der Petitionsausschuss Stellungnahmen nach § 109 GO-BT angefordert hatte. Die Petenten sprachen sich dafür aus,

1. in Pflegeheimen den Betreuungsschlüssel für an Demenz erkrankte Heimbewohner von derzeit 1:25 auf 1:15 abzuändern,
2. in begründeten Einzelfällen bei pflegebedürftigen Angehörigen nicht nur das Pflegegeld, sondern die Summe der Pflegesachleistungen der genehmigten Pflegestufe auszurechnen,
3. den Zusatzbeitrag für Kinderlose in der Pflegeversicherung abzuschaffen,
4. eine Rentenversicherungspflicht für pflegende Angehörige bereits ab 10,5 Wochenstunden festzulegen,
5. die Regelungen zur Hebammenhilfe in den §§ 24d und 24f SGB V zu konkretisieren und
6. dass Betreuungsleistungen für demenziell erkrankte pflegebedürftige auch in vollstationären Einrichtungen auch durch ausgebildete Dritte erbracht werden können.

Den Anliegen der Petenten konnte teilweise entsprochen werden. Der Betreuungsschlüssel wird einheitlich für stationäre Pflegeeinrichtungen auf 1:24 verbessert. Zudem wird die Regelung in § 87b SGB XI, nach der eine zusätzliche Betreuung von pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz möglich ist und diese durch leistungsgerechte Zuschläge zu den Pflegesätzen von den Pflegekassen finanziert wird, auf den teilstationären Bereich der Tages- und Nachtpflege ausgeweitet. In vollstationären Pflegeeinrichtungen bleibt es bei der Voraussetzung für die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen nach § 87b Absatz 1 Nummer 2

SGB XI, dass die Pflegeheime über zusätzliches sozialversicherungspflichtig beschäftigtes Personal verfügt. Auch ist der bereits 2005 eingeführte Zusatzbeitrag für Kinderlose durch höchstrichterliche Rechtsprechung bestätigt. Durch den Gesetzentwurf und die erfolgten Änderungen des Ausschusses für Gesundheit wird zwar nicht ermöglicht, dass in begründeten Einzelfällen die Pflegesachleistungen ausbezahlt werden können, allerdings kommen verschiedene Neuregelungen, wie z. B. die Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme oder die Verbesserung der rentenrechtlichen Berücksichtigung von Pflegezeiten, insbesondere auch den pflegenden Angehörigen zu Gute. So können künftig rentenrechtlich wirksame Pflegezeiten addiert werden. Die Mindestpflegestundenzahl von 14 bleibt allerdings bestehen. Bei den Regelungen zur Hebammenhilfe wird deutlich gemacht, dass der Anspruch auf Hebammenhilfe auch Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerenvorsorge umfasst.

Der Petitionsausschuss wurde entsprechend unterrichtet.

Zum Antrag auf Drucksache 17/2924 lag dem Ausschuss für Gesundheit eine Petition vor, zu der der Petitionsausschuss eine Stellungnahme nach § 109 GO-BT angefordert hatte. Die Petentin beklagte, dass nach einem Krankenhausaufenthalt für Menschen ohne Pflegestufe eine Versorgungslücke auftreten könne, und forderte die Schließung dieser Lücke. Bisher hatten die Krankenkassen gemäß § 38 SGB V die Möglichkeit, in ihren Satzungen zu regeln, dass Versicherte Haushaltshilfe erhalten, wenn ihnen wegen einer Krankheit die Haushaltsführung nicht möglich ist. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde diese Kann- in eine Soll-Bestimmung verändert. Außerdem können die Krankenkassen nach § 11 Absatz 6 SGB V zusätzliche Satzungsleistungen auch im Bereich der Haushaltshilfe und der häuslichen Krankenpflege anbieten.

Der Petitionsausschuss wurde entsprechend unterrichtet.

Die **Fraktion der CDU/CSU** führte aus, dass mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz die Leistungen der Pflegeversicherung bedarfsgerechter auf die besonderen Bedürfnisse der an Demenz Erkrankten sowie der pflegenden Angehörigen ausgerichtet würden. Der Expertenbeirat werde die Umsetzungsfragen für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff klären. Bis zur endgültigen Klärung werde durch die Leistungsverbesserungen des PNG den Betroffenen wertvolle Hilfe geleistet. Als weitere Leistungsverbesserungen seien beispielsweise die Förderung neuer Wohnformen und die Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme oder die Entlastung der pflegenden Angehörigen aus dem Maßnahmenpaket zu nennen. Damit gelinge es, die Pflegeversicherung und die Rahmenbedingungen der pflegerischen Versorgung so weiterzuentwickeln, dass auch in Zukunft das Recht auf eine würdevolle Pflege und Betreuung gewährt werden könne. Die Pflegeversicherung werde auch in Zukunft den pflegebedürftigen Menschen helfen, selbständig und selbstbestimmt zu leben und ihnen eine gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen. Wichtig sei auch, dass der Betreuungsschlüssel für die Betreuung demenziell erkrankter Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen auf 1:24 verbessert worden sei. Damit werde die Betreuung optimiert und würden die in der Pflege Beschäftigten entlastet. Bei der Finanzierung der Pflegeaufwendungen werde klargestellt, dass bei wirtschaftlicher Betriebsführung eine Pflegeeinrichtung in der Lage

sein müsse, ihre Personal- und Sachkosten zu finanzieren. Gleichzeitig werde klargestellt, dass zu einer wirtschaftlichen Betriebsführung die tarifliche Arbeitsvergütung gehöre. Damit werde eine angemessene und leistungsgerechte Vergütung der Pflegekräfte gewährleistet und den Leistungserbringern werde es ermöglicht, qualifiziertes Personal zu gewinnen. Die Anträge der Opposition werde man ablehnen, da sie teilweise überholt, teilweise verfrüht oder der Sache nicht dienlich seien.

Die **Fraktion der SPD** kritisierte, dass der Gesetzentwurf in keiner Weise den von der Bundesregierung formulierten Ansprüchen an eine Pflegereform gerecht werde. Es würden lediglich kleine Verbesserungen durchgeführt, die nicht zufriedenstellend seien. Man habe die Chance verpasst, wirkliche Verbesserungen für die Betroffenen herbeizuführen. Es dränge sich die Vermutung auf, dass durch die Einführung der Pflege-Zusatzversicherung der Versicherungswirtschaft neue Geschäftsmöglichkeiten zu eröffnen. Die öffentliche Anhörung habe gezeigt, dass die Umsetzung von vielen Experten kritisch gesehen werde. Zudem würden viele Bürgerinnen und Bürger von der privaten Zusatzvorsorge ausgeschlossen. Die Veränderung des Betreuungsschlüssels sei zwar eine Verbesserung der Betreuungs- und Personalsituation, helfe aber nicht wirklich. Man werde einen eigenen Antrag zur Reform der Pflegeversicherung vorlegen, der die Lebenssituation der Menschen im Blick habe und den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht werde. Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN habe zwar in den Grundzügen den richtigen Ansatz, jedoch seien viele Detailfragen nicht geklärt. Einige sei man sich jedoch darin, dass nur eine Bürgerinnen- und Bürgerversicherung die Finanzierung der pflegerischen Versorgung auf eine finanziell solide Basis stellen könne. Deshalb werde man sich bei diesem Antrag enthalten. Den Antrag der Fraktion DIE LINKE werde man ablehnen, weil bereits in den Grundaussagen derzeit ein Dissens bestehe.

Die **Fraktion der FDP** betonte, dass das Pflege-Neuausrichtungsgesetz für die betroffenen Menschen eine wesentliche Verbesserung ihrer Lebenssituation bedeute. Besonders hervorzuheben sei, dass nun an Demenz erkrankte Menschen zum ersten Mal einen Leistungsanspruch hätten. Sie könnten beispielsweise bis zu 1 250 Euro Sachleistungen in der Pflegestufe 2 erhalten. Auch die niedrigschwelligsten Leistungsangebote werde es weiterhin geben. Durch die Flexibilisierung des Leistungsrechts werde es mehr Wahlmöglichkeiten für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen geben. Die Förderung der ambulanten Wohnformen sei eine wichtige und zukunftsorientierte Maßnahme. Es werde der Begutachtungsprozess verbessert, Bürokratie abgebaut und der Betreuungsschlüssel verbessert. Besonders hervorzuheben sei die finanzielle Förderung einer privaten Pflege-Zusatzversicherung. Damit auch Menschen mit einem geringeren Einkommen in den Genuss der Förderung kämen, habe man sich bewusst für einen Zuschuss zur Versicherungsprämie und nicht für die steuerliche Absetzbarkeit der Prämien entschieden. Das PNG sei ein umfassendes Gesamtpaket von Maßnahmen, das die Situation der Betroffenen deutlich verbessere.

Die **Fraktion DIE LINKE** führte aus, dass sie den Gesetzentwurf ablehnen werden. Es fehle die gesetzliche Veranke-

rung eines neuen Pflegebegriffs, was insbesondere Menschen mit demenziellen Erkrankungen treffe. Die systematische Ungleichbehandlung von geistig, psychisch und körperlich beeinträchtigten Menschen werde fortgesetzt. In Pflegestufe 3, in der es die meisten demenziell Erkrankten gäbe, wären keine Leistungsverbesserungen vorgesehen. Im Vordergrund stünde der Finanzrahmen und nicht das Wohl der Pflegebedürftigen. Die private Zusatzversicherung verschärfe die Ungleichheit in der Pflegeversorgung. Menschen mit geringem Einkommen könnten sich eine solche Versicherung nicht leisten. Sie sei unsinnig und unsozial und komme nur den Versicherungsunternehmen und den Arbeitgebern zu Gute. Völlig unklar bleibe, wie man die Attraktivität der Pflegeberufe steigern wolle. Mit der Regelung zur Vergütung, die sich am Mindestlohn orientiere, werde dies sicher nicht gelingen. Der eigene Antrag packe hingegen die genannten Probleme an, indem die Leistungen der Pflegeversicherung so ausgestaltet würden, dass den Betroffenen Selbstbestimmung und Teilhabe möglich seien. Hierzu müsse das Leistungsniveau deutlich angehoben werden und sich am individuellen Bedarf orientieren. Die solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung könne die Pflege auf eine stabile finanzielle Grundlage stellen und den Beitragssatz trotz Leistungsverbesserung dauerhaft unter 2 Prozent halten. Dies habe eine Studie bewiesen.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** lehnte den Gesetzentwurf in seiner Gesamtheit ab, da er weit hinter den Erwartungen und Notwendigkeiten zurück bleibe. Weder werde der Pflegebedürftigkeitsbegriff neu definiert noch die pflegenden Angehörigen entlastet. Auch die Finanzierung der Pflege werde nicht auf eine belastbare Grundlage gestellt. Bei den Änderungsanträgen könne man nur der Neuregelung von § 87b zustimmen, obwohl die Veränderung des Betreuungsschlüssels von 1:25 auf 1:24 kaum eine Verbesserung sei, da dies einen Zeitgewinn pro betreuter Person von lediglich 35 Sekunden am Tag bedeute. Die Pflege-Zusatzversicherung werde abgelehnt. Auch die Koppelung der Zulassung an den Mindestlohn sei falsch, sie müsse vielmehr weiter an die ortsübliche Vergütung gebunden sein, wie es der eigene Änderungsantrag fordere. Der Antrag der Fraktion DIE LINKE nähere sich zwar in Teilbereichen den eigenen Positionen an, es fehlten aber Ansätze wie die Pflege im Quartier bzw. der Kommune. Auch werde der Teilkaskocharakter der Pflegeversicherung immer noch in Frage gestellt. All diese Themen würden im eigenen Antrag abgedeckt. Die bestehende Versorgungslücke müsse durch die Anpassung von § 37 SGB V geschlossen werden. Zwar habe die Bundesregierung mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz § 38 SGB V so geändert, dass die Krankenkassen künftig Satzungsregelungen zur Finanzierung von Haushaltshilfen vorsehen sollen. Eine Soll-Bestimmung sei jedoch angesichts des Bedarfs bei Weitem nicht ausreichend.

## B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksachen 17/9369, 17/9669 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

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

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen, mit denen die Inhaltsübersicht an die Regelungen der §§ 126 bis 130 – neu – angepasst wird.

**Zu Nummer 2** (§ 7)

Eine umfassende Unterrichtung und Beratung der Versicherten durch die Pflegekassen ist Voraussetzung für eine an den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen orientierte Pflege und Betreuung. Dabei kommt es nicht alleine auf die tatsächliche Unterrichtung und Beratung durch die Pflegekassen an, sondern wesentlich ist, dass die zur Verfügung gestellten Informationen von den Menschen verstanden werden. Insoweit bestehende Hindernisse können vielfältige Gründe haben. So können Versicherte beispielsweise aufgrund einer anderen Muttersprache Schwierigkeiten mit Informationsmaterialien in deutscher Sprache haben. Aber auch andere Verständnisschwierigkeiten können beispielsweise einer sachgerechten Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung im Weg stehen, so dass durch eine Ergänzung des Gesetzentwurfs in § 7 Absatz 2 Satz 1 sichergestellt wird, dass allen Versicherten, ihren Angehörigen und Lebenspartnern die wesentlichen Informationen in für sie verständlicher Form umfassend zugänglich gemacht werden. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass alle Formen der Informationsweitergabe, wie etwa auch das Internet, genutzt werden können.

Die Ergänzung geht zurück auf einen Vorschlag des Bundesrats. Während dieser jedoch lediglich Versicherte mit „Migrationsgeschichte“ im Blickfeld hatte, erfasst die hier gewählte Formulierung alle Verständnishindernisse gleich welcher Art.

**Zu Nummer 3** (§ 7b)

Gemäß § 7a Absatz 4 Satz 5 tragen die Pflegekassen die Aufwendungen für die Pflegeberatung. Indem diese – ebenfalls gemäß § 7a Absatz 4 Satz 5 – jedoch zur Hälfte auf die Verwaltungskostenpauschale nach § 46 Absatz 3 Satz 1 angerechnet werden, tragen die Krankenkassen die Hälfte der Aufwendungen mit. Dies gilt auch dann, wenn die Pflegekassen die Beratung nicht selber durchführen, sondern einen Beratungsgutschein ausstellen, der bei unabhängigen und neutralen Beratungsstellen im Sinne des im Gesetzentwurf vorgesehenen § 7b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 eingelöst werden kann. Denn bereits in § 7a Absatz 1 Satz 7 besteht die Möglichkeit, die Beratung durch Dritte wahrnehmen zu lassen. An diese Regelung knüpft der neue § 7b an; somit gilt auch dieselbe Kostentragung.

Zwar enthält bereits die Begründung zu dem neuen § 7b den Hinweis, dass sich die Kostentragung nach denselben Grundsätzen richtet, die für die Beratungsleistung nach § 7 oder § 7a gelten. Insbesondere im Hinblick auf die hälftige Kostentragung durch die Krankenkassen gemäß § 7a Absatz 4 Satz 5 ist aber eine Klarstellung im künftigen Gesetzestext selbst angezeigt, die durch eine Ergänzung des Gesetzentwurfs in Absatz 1 Nummer 2 vorgenommen wird.

**Zu Nummer 4** (§ 18)**Zu Buchstabe a****Zu Doppelbuchstabe cc** (alt)

Die im Gesetzentwurf als Anfügung an Absatz 1 geregelte Beauftragung von unabhängigen Gutachtern wird jetzt in ergänzter Fassung in einem neuen Absatz 3a geregelt.

**Zu Buchstabe d****Zu Absatz 3a**

Absatz 3a enthält die im Gesetzentwurf an Absatz 1 angefügten Bestimmungen, ergänzt um wesentliche Regelungen, die die Einhaltung der gesetzlichen Frist zur Bearbeitung und Entscheidung von Anträgen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit zum Ziel haben.

Weiterhin kann die Pflegekasse neben dem MDK auch einen unabhängigen Gutachter beauftragen, sie hat dazu dem Antragsteller eine Liste mit mindestens drei Gutachtern vorzulegen.

Darüber hinaus wird jetzt bestimmt, dass der Antragsteller dann, wenn zu erwarten ist, dass die Frist zur Bescheiderteilung nicht einzuhalten sein wird, durch die Pflegekasse das Angebot zur Auswahl eines anderen unabhängigen Gutachters erhält. Dies dürfte regelmäßig dann der Fall sein, wenn vier Wochen nach Antragstellung noch keine Begutachtung durchgeführt worden ist. Der Antragsteller kann mit der Auswahlentscheidung, zumal wenn ein Begutachtungstermin nicht unmittelbar bevorsteht, aktiv zur beschleunigten Begutachtung beitragen. Die organisatorische Gesamtverantwortung zur raschen Erledigung (Fallsteuerung) verbleibt dabei bei der Pflegekasse.

**Zu Absatz 3b**

Die Regelung war im Gesetzentwurf in Absatz 3a eingestellt und wird nunmehr Absatz 3b.

Die seitens der Pflegekasse bei Überschreitung der Frist zur Bescheiderteilung vorgesehene Zahlung wird vereinfacht und von der bisher vorgesehenen Tages- auf eine Wochenfrist umgestellt.

Darüber hinaus wird ergänzt, dass die gesetzlichen Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen jährlich eine Statistik über die Einhaltung der Fristen zu veröffentlichen haben. Die differenzierte Berichterstattung erhöht die Transparenz der Abwicklung der Begutachtungsverfahren durch die Pflegekassen für den Verbraucher; die Veröffentlichung soll daher in einer für die Kassenmitglieder gut zugänglichen Form erfolgen, z. B. in der Mitgliederzeitschrift und im Internet.

**Zu Nummer 5** (§ 18a)**Zu Absatz 2 Nummer 3**

Die im Rahmen der Berichtspflichten der Pflegekassen zu meldenden Daten sollen auch eine qualitative Bewertung ermöglichen. Hierzu dient die in dem Änderungsantrag vorgesehene Ergänzung durch Angaben über Gründe von Ablehnungen. Die Pflegekassen haben die entsprechenden Informationen bei dem zuständigen Rehabilitationsträger zu erfragen.

**Zu Nummer 12 (§ 38)**

Bis zum Jahr 2011 erhielten Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a) für die Tage häuslicher Pflege, also insbesondere für Wochenenden und Ferien, an denen sie zuhause in ihren Familien gepflegt werden, für jeden Tag den 30. Teil des monatlichen Pflegegeldbetrages; die Regelung des § 38 (Kombinationsleistung) wurde auf den Sachverhalt nicht angewandt. Aufgrund einer neuen Fassung des Gemeinsamen Rundschreibens des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften der Pflegeversicherung wird in der überwiegenden Praxis das Pflegegeld nunmehr in Anwendung der Regelung nach § 38 gekürzt. Dies ist für die Betroffenen und ihre Angehörigen schwer verständlich und es sollte daher die ursprüngliche Verfahrenspraxis der Pflegekassen durch eine klare gesetzliche Regelung wiederhergestellt werden. Hierfür sprechen im Einzelnen folgende Gründe:

Bis zur Einführung des § 43a mit dem Ersten SGB-XI-Änderungsgesetz zum 25. Juni 1996 konnten die Betroffenen ungekürztes Pflegegeld für die Tage häuslicher Pflege beziehen; die Frage einer Anrechnung des Zuschusses nach § 43a konnte sich damals noch nicht stellen.

Es ist schwer nachzuvollziehen, dass an Tagen, an denen die Pflege in der Familie des behinderten Menschen erfolgt, das Pflegegeld für diesen Tag nur gekürzt gewährt wird, und noch schwerer nachvollziehbar ist, wenn in einem Ferienmonat, in dem ein behinderter Mensch zuhause in seiner Familie 30 oder 31 Tage gepflegt wird, nicht das volle Pflegegeld gewährt wird, obwohl die Familie während des ganzen Monats nicht durch ambulante Pflegesachleistungen oder stationäre Pflege entlastet wird.

Die Kürzung des Pflegegeldes unter Hinweis auf § 38 soll mit der Regelung nun verhindert werden. Dadurch wird dem Ziel Rechnung getragen, dass familiäre Pflege zukünftig weiter gestärkt und der Kontakt des behinderten Menschen mit seiner Familie im bisherigen Umfang unterstützt wird.

Im Vergleich zur Praxis bis zum Jahr 2011 führt die gesetzliche Klarstellung nicht zu Mehrausgaben der Pflegeversicherung, die Minderausgaben, die sich mit der Fortführung der aktuellen Praxis der Pflegekassen realisieren würden und durch die gesetzliche Klarstellung ausbleiben werden, belaufen sich auf unter 10 Mio. Euro jährlich.

**Zu Nummer 13 (§ 38a)**

Zu Absatz 1 Nummer 4

In vielen Wohn- und Betreuungsgesetzen der Länder wird keine institutionelle Abgrenzung nach der Begrifflichkeit „ambulant“ oder „stationär“ vorgenommen. Vielmehr verfolgen diese heimrechtlichen Vorschriften das Ziel, schutzbedürftige Situationen zu erfassen und Anforderungen an die Leistungserbringer zu stellen. Die Ergänzung stellt sicher, dass der pauschale Zuschlag für ambulant betreute Wohngruppen nur für solche Gestaltungsformen von der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt wird, die die jeweiligen landesrechtlichen Anforderungen erfüllen.

Die Pflegekraft, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten in der ambulant betreuten Wohngruppe

verrichtet (Präsenzkraft), muss keine (ausgebildete) Pflegefachkraft sein. Sie kann ebenso wie die europäischen Haushaltshilfen „hauswirtschaftliche Arbeiten und notwendige pflegerische Alltagshilfen“ im Sinne von § 21 der Beschäftigungsverordnung durchführen. Notwendige pflegerische Alltagshilfen sind einfache Tätigkeiten zur Unterstützung von Pflegebedürftigen (zum Beispiel beim An- und Auskleiden, bei der Fortbewegung innerhalb und außerhalb der Wohnung, beim Waschen und Duschen).

Pflegerische Tätigkeiten im Sinne des § 3 des Krankenpflegegesetzes, die eine entsprechende berufliche Qualifikation voraussetzen, darf sie nicht durchführen. Hierzu zählen neben der Erhebung der Pflegediagnose oder Gestaltung des Pflegeprozesses auch pflegerische Tätigkeiten, die aufgrund des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen komplexe Anforderungen an die Qualifikation der Pflegekraft stellen, so dass sie von einer qualifizierten Fachkraft ausgeübt werden müssen (zum Beispiel Ganzkörperpflege bei Diabetikern im Hinblick auf die Kontrolle der Hautverhältnisse).

**Zu Nummer 14 (§ 40)****Zu Buchstabe a**

Buchstabe a entspricht der Regelung des Gesetzentwurfs.

**Zu Buchstabe b**

Bisher erfolgt die Förderung maßnahmebezogen, das heißt, eine Maßnahme wird nur einmal gefördert, auch wenn sie mehreren Pflegebedürftigen in einer gemeinsamen Wohnung zugute kommt. Diese Begrenzung des individuellen Leistungsanspruchs, wenn mehrere Pflegebedürftige zusammenwohnen, ist nicht sachgerecht. Es soll die Möglichkeit geschaffen werden, Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen zu addieren, wenn die Maßnahme mehreren Pflegebedürftigen dient. Bereits heute sind Zuschüsse bei zeitgleich durchgeführten Maßnahmen, die Pflegebedürftigen jeweils individuell zuzuordnen sind, mehrmals auszu zahlen.

Unabhängig von dem individuellen Anspruch wird die Addition der Zuschüsse nach Satz 3 auf einen Gesamtbetrag von 10 228 Euro begrenzt. Er ist bei mehr als vier anspruchsberechtigten Personen anteilig auf die Versicherungsträger der beteiligten Pflegebedürftigen aufzuteilen.

**Zu Nummer 16 (§ 42)****Zu Buchstabe a**

Bei der Regelung geht es darum, Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die nicht in Altenpflegeeinrichtungen zur Kurzzeitpflege untergebracht werden sollen, eine Alternative in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen zu eröffnen. Die bisherige Begrenzung auf Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr erscheint zu eng, auch weil behinderte Kinder sich langsamer entwickeln. Daher wird eine Erhöhung der Altersgrenze auf das 25. Lebensjahr vorgenommen.

**Zu Buchstabe b**

Buchstabe b entspricht dem Wortlaut des Gesetzentwurfs.



**Zu Nummer 17 (§ 44)****Zu Buchstabe a**

Die für die Rentenversicherungspflicht von Pflegepersonen maßgebliche Mindeststundenzahl von 14 Stunden kann durch Addition der Pflegezeiten von zwei oder mehreren Pflegebedürftigen erfüllt werden. Die Rentenversicherungspflicht tritt dabei wie in anderen Fällen auch bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen kraft Gesetzes und nicht nur auf Antrag ein. Daher ist es erforderlich, dass der Versicherungsträger (die Pflegekasse oder das Versicherungsunternehmen), der die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abzuführen hat, erfährt, ob und in welchem zeitlichen Umfang die Pflegeperson zwei oder mehrere Pflegebedürftige pflegt. Diese Information kann ohne besonderen Aufwand von den Gutachtern des Medizinischen Dienstes bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit zur Weitergabe an die Pflegekassen erfragt werden.

**Zu Buchstabe b**

In Fällen, in denen die Mindeststundenzahl von 14 Stunden wöchentlicher Pflege für die Rentenversicherungspflicht einer Pflegeperson nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird, kann die jeweilige Pflegekasse (oder das jeweilige Versicherungsunternehmen), wenn die Pflegebedürftigen nicht bei derselben Pflegekasse (oder bei demselben Versicherungsunternehmen) versichert sind, die Voraussetzungen der Rentenversicherungspflicht nicht allein feststellen, sondern benötigt hierfür Daten, die bei der oder den anderen Pflegekassen (oder Versicherungsunternehmen), die an einer Addition von Pflegezeiten beteiligt sind, vorhanden sind. Dafür wird eine Verfahrensvereinbarung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. und der Deutschen Rentenversicherung Bund vorgesehen. Für die Übermittlung von Daten zwischen den Pflegekassen und Versicherungsunternehmen zur Prüfung der Voraussetzungen der Rentenversicherungspflicht wird eine gesetzliche Grundlage geschaffen. Für eine Identifikation der Pflegeperson genügt regelmäßig Versicherungsnummer, Namen und Geburtsdatum, soweit aber zum Beispiel keine Versicherungsnummer vorliegt (oder insbesondere bei ausländischen Namen Unsicherheiten wegen der Schreibweise bestehen), können ergänzend Staatsangehörigkeit und Anschrift zur sicheren Identifikation der Pflegeperson erforderlich sein. Die Versicherungsträger benötigen zur Feststellung der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung in Additionsfällen Angaben über Beginn und Ende der Pflege Tätigkeit der Pflegeperson des Pflegebedürftigen, der bei einem anderen Versicherungsträger versichert ist, sowie die Angabe der Zahl der Stunden, die die Pflegeperson für die Pflege des bei einem anderen Versicherungsträger versicherten Pflegebedürftigen erbringt.

**Zu Nummer 19 (§ 45d)**

Die Regelungen über die Selbsthilfeförderung nach dem Fünften Buch einerseits und dem Elften Buch andererseits haben unterschiedliche Zielsetzungen. Die Regelung stellt klar, dass eine gleichzeitige Förderung nach dem Fünften und Elften Buch für ein und denselben Zweck ausgeschlossen bleibt. Die jeweiligen Finanzierungen nach dem Fünften und Elften Buch können sich aber ergänzen, wenn verschie-

dene, dem Fünften Buch einerseits und dem Elften Buch andererseits, zuzuordnenden Aufgaben von der Selbsthilfe verfolgt werden (z. B. Information von Patienten und deren Angehörigen über die gesundheitliche Prävention gegen eine bestimmte Erkrankung einerseits und andererseits Unterstützung pflegender Angehöriger bei der Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Personen mit dieser Erkrankung). Die Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen haben im Rahmen der Beantragung der Fördermittel nach dem Elften Buch transparent zu machen, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe sowie für welchen Zweck bereits Fördermittel bei anderen Trägern beantragt oder zugesagt wurden. Die Angebote der Selbsthilfe sind nach dem Elften Buch nur förderfähig, wenn sie sich an Pflegebedürftige, an Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf auf Grund einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz im Sinne von § 45a oder an deren Angehörige richten.

**Zu Nummer 21 (§ 46)**

Redaktionelle Folgeänderung zur Änderung in Artikel 1 Nummer 4 (§ 18).

**Zu den Nummern 33 und 35 Buchstabe a (§§ 84 und 89)**

Die Änderung geht davon aus, dass einer Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglicht werden muss, ihre Personalaufwendungen und ihre Sachkosten zu finanzieren.

Im Zusammenhang mit der Einführung des Mindestentgelts in der Pflege durch die Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (Pflegearbeitsbedingungenverordnung) auf Grundlage des Gesetzes über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Arbeitnehmer-Entsendegesetz) wurde befürchtet, dass sich die Kostenträger bei der Bemessung der Vergütungen zukünftig an den in der Verordnung festgelegten Mindestentgelten orientieren. Es ist deshalb darauf hinzuweisen, dass nach der höchstrichterlichen Sozialrechtsprechung (vergleiche Urteile des Bundessozialgerichts vom 17. Dezember 2009, Az. B 3 P 3/08 R, zur ambulanten Pflege und vom 29. Januar 2009, Az. B 3 P 7/08 R, zur stationären Pflege) die Zahlung von Tariflöhnen ausdrücklich als wirtschaftliche Betriebsführung bezeichnet wird.

Um auch die Kostenträger vor Ort auf die Richtigkeit dieser Vorgehensweise hinzuweisen und unnötige Sozialgerichtsverfahren gegen ablehnende Entscheidungen der Kostenträger zu vermeiden, erfolgt eine entsprechende Klarstellung.

Ergänzend zu diesen Ausführungen in der Begründung im Gesetzentwurf der Bundesregierung des PNG ist herauszustellen, dass eine angemessene und leistungsgerechte Vergütung der Beschäftigten gewährleistet und damit den Leistungserbringern ermöglicht werden soll, ausreichend geeignetes qualifiziertes Personal zu gewinnen. Gleichzeitig soll klargestellt werden, dass zu einer wirtschaftlichen Betriebsführung auch tarifliche Arbeitsvergütungen für Pflegekräfte gehören können, wenn dies zum Beispiel zur Fachkräftegewinnung notwendig ist oder um einen notwendigen Bedarf aufgrund einer aus dem Vergleich mit anderen Ein-

richtungen resultierenden Unterfinanzierung der Personalvergütung zu decken.

**Zu den Nummern 33 und 34 des Gesetzentwurfs**  
(§§ 87 und 87a)

Die geltende Rechtslage bleibt unverändert. Die vorgesehenen Änderungen in den §§ 87 und 87a würden nach den Rückmeldungen aus den Anhörungen insbesondere der Länder und Trägerverbände zu einem höheren Erfüllungsaufwand führen als angenommen. Dieser steht nicht im angemessenen Verhältnis zu dem gewünschten Effekt der vorgesehenen Regelung.

**Zu Nummer 34** (§ 87b)

**Zu Buchstabe a**

**Zu Doppelbuchstabe cc**

Die Möglichkeit des Einsatzes zusätzlicher Betreuungskräfte für Pflegebedürftige mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung hat sich zur Aktivierung und Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen bewährt. Durch die Erhöhung der entsprechenden Vergütungszuschläge für diese Pflegebedürftigen auf den 24. Teil der Personalaufwendungen für die Finanzierung einer zusätzlichen Vollzeitkraft wird die Wirksamkeit dieser Maßnahme weiter gestärkt.

**Zu Nummer 40** (§ 113)

**Zu Buchstabe a**

**Zu Doppelbuchstabe aa**

Redaktionelle Anpassung zum Änderungsbefehl im Gesetzentwurf der Bundesregierung.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Mit der Änderung wird gesetzlich verankert, dass die Vereinbarungspartner in den Maßstäben und Grundsätzen für den stationären Bereich Anforderungen an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität vereinbaren, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht. Dabei sind insbesondere Inhalt, Umfang einer einheitlichen Erhebung von Daten im Rahmen dieses Verfahrens und die Schrittfolge einer Umsetzung zu vereinbaren; dies kann auch die Möglichkeit von Pilotstudien beinhalten. Die durch diese Regelung ausgelöste Weiterentwicklung des medizinisch-pflegefachlichen Fortschritts soll schnellstmöglich zu einer Anwendung in der Prüfpraxis nach den Qualitätsprüfungsrichtlinien gemäß § 114a Absatz 7 führen.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind für ihre Bewohner nicht nur ein Aufenthaltsort, sondern ihr Lebensmittelpunkt. Deshalb ist es vordringliche Aufgabe des internen Qualitätsmanagements, eine hohe Versorgungsqualität für die pflegebedürftigen Heimbewohner zu gewährleisten. Eine strukturierte Erfassung und Beurteilung von Indikatoren der Ergebnisqualität ist ein wesentliches Instrument, um die Pflegequalität ausreichend zu sichern und weiterzuentwickeln. Die Effektivität der drei Säulen der Qualitätsentwick-

lung – internes Qualitätsmanagement, externe Prüfungen und Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen – wird entscheidend durch die kontinuierliche Messung und verlässliche Darstellung der Ergebnisqualität bestimmt.

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sind auf wissenschaftlicher Grundlage Instrumente zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe entwickelt und veröffentlicht worden. Kern ist ein Qualitätsberichtssystem für Ergebnis- und Lebensqualität, das sowohl im internen Qualitätsmanagement angewendet werden als auch Grundlage für externe Prüfungen sein kann. Um Ergebnisqualität stationärer Einrichtungen umfassend abbilden zu können, reichen nach den Ergebnissen des Forschungsprojektes die Stichproben, die derzeit von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung im Rahmen der externen Überprüfung erfasst werden, nicht aus; vielmehr müssen alle Bewohner einer Einrichtung einbezogen werden. Eine umfassende Beurteilung ist nur mit Hilfe von Daten möglich, die von den Einrichtungen zu vorgegebenen Zeitpunkten in regelmäßigen Abständen (z. B. alle sechs Monate) selbst erfasst und bereitgestellt werden.

Mit der Einführung eines indikatorengestützten Qualitätsmanagements ist eine Umstrukturierung von Prüfinhalten und Prüfgeschehen erforderlich, denn die Indikatoren und die Gewinnung von bewertbaren Informationen hierzu sind in den gegenwärtigen Erhebungsbogen der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) nicht einfach integrierbar. Da mit einer indikatorengestützten Erfassung von Ergebnisqualität eine neue Stufe der Qualitätsbeurteilung und -berichterstattung beschränkt wird, ist vor Einführung und Umsetzung eine ausreichende Phase der Vorbereitung einzukalkulieren.

**Zu Nummer 41** (§ 114)

**Zu Buchstabe a**

Nach dem Gesetzentwurf bestehen Informationspflichten der Pflegeeinrichtungen über die ärztliche Versorgung ab dem 1. Januar 2013. Der Beginn dieser Verpflichtung wird nunmehr um ein Jahr verschoben. Es ist sachdienlich, sowohl die Informationspflicht der Einrichtungen gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen als auch die Informationspflicht der Landesverbände der Pflegekassen gegenüber den Pflegebedürftigen (die in § 115 des Elften Buches geregelt werden soll) erst ab dem 1. Januar 2014 festzulegen, damit alle Einrichtungen vor einer Veröffentlichung die Chance haben, sich auf die gesetzlichen Neuregelungen einzustellen und somit im Interesse einer effektiven Verbraucherinformation eine Vergleichbarkeit der von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veröffentlichenden Informationen gewährleistet ist.

Zudem wird mit dem Änderungsantrag klargestellt, dass zwischen zwei Qualitätsprüfungen nur wesentliche Änderungen hinsichtlich der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung, etwa der Abschluss oder die Auflösung eines Kooperationsvertrages, von den vollstationären Pflegeeinrichtungen innerhalb der genannten Frist an die Landesverbände der Pflegekassen zu übermitteln sind. Damit bleibt der Aufwand für Übermittlungen begrenzt.

**Zu Buchstabe b**

Ergänzend zum Gesetzentwurf sieht der Änderungsantrag vor, dass auch Vereinbarungen auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden sowie den für weitere Prüfverfahren zuständigen Aufsichtsbehörden getroffen werden können. Der Vorschlag erleichtert die Umsetzung des gesetzgeberischen Anliegens, dass ein Abgleich der Ergebnisse einer Prüfung der Heimaufsicht oder eines nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahrens durch die Landesverbände der Pflegekassen mit den Prüfaufträgen nach SGB XI zu erfolgen hat. Es wird die Möglichkeit gegeben, länderbezogene Vereinbarungen zu treffen, die dazu beitragen, den Verfahrensaufwand beim Abgleichen zu reduzieren.

**Zu Nummer 42 (§ 114a)****Zu Buchstabe a**

Es ist im Hinblick auf eine einheitliche Anwendung sachdienlich und im Sinne der Gleichbehandlung geboten, eine eindeutige Ankündigungsregelung für den ambulanten Bereich vorzugeben. Zusätzliche Klärungsverfahren vor der Ankündigung und etwaige Streitfälle nach der Durchführung der Prüfung werden so vermieden; das Verfahren bleibt „schlank“. Bereits heute wird, wie in der Begründung zum Gesetzentwurf ausgeführt, eine Prüfkündigung am vorherigen Tag vielfach angewendet, um die Anwesenheit der Pflegedienstleitung und die organisatorische Durchführung der Prüfung sicherzustellen. Die Pflegedienstleitung ist in ambulanten Einrichtungen oft selbst in die Pflege eingebunden und damit bei unangemeldeter Prüfung nicht erreichbar. Im Unterschied dazu ist in stationären Einrichtungen, in denen gegebenenfalls die Pflegedienstleitung auch in die Pflege eingebunden ist, diese zumindest immer vor Ort.

**Zu Buchstabe c****Zu Doppelbuchstabe aa**

Insbesondere bei der Prüfung von Qualitätskriterien mit Personenbezug ist es wichtig, etwaige Diskrepanzen beziehungsweise Übereinstimmungen zwischen der Pflegedokumentation und der Inaugenscheinnahme des gesundheitlichen und pflegerischen Zustandes der Heimbewohner beziehungsweise der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen systematisch zu klären. Die Informationen aus der Inaugenscheinnahme des Pflegebedürftigen, den Pflegedokumentationen und den Befragungen der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der Einrichtungen und Dienste, der Heimbewohner/Heimbewohnerinnen beziehungsweise der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen sowie der vertretungsberechtigten Personen sollen dazu in einem situationsgerechten angemessenen Verhältnis zueinander gesetzt und beachtet werden. Zweck der Erhebung von Daten aus unterschiedlichen Quellen beziehungsweise verschiedenartiger Informationen ist es, die jeweiligen Vorteile der verschiedenen Ergebnisse und Quellen für einen möglichst breiten Erkenntnisgewinn zu nutzen. Damit kann vermieden werden, dass eine Informationsquelle, wie etwa die Pflegedokumentation, einseitig die Wahrnehmung der Pflegequalität vorgibt und das Ergebnis der Qualitätsprüfung bestimmt. In der Weiterentwicklung

und Anwendung der Qualitätsprüfungsrichtlinien nach § 114a sowie bei den Vereinbarungen nach § 115 Absatz 1a soll dieses Vorgehen berücksichtigt werden.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Redaktionelle Folgeänderung unter Beibehaltung des Textes des Gesetzentwurfs der Bundesregierung (Artikel 1 Nummer 43 Buchstabe c).

**Zu Nummer 43 (§ 115)**

Es ist sachdienlich, sowohl die Informationspflicht der vollstationären Einrichtungen gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen in § 114 als auch die Informationspflicht der Landesverbände der Pflegekassen gegenüber den Pflegebedürftigen erst ab dem 1. Januar 2014 festzulegen, damit alle Einrichtungen vor einer Veröffentlichung ausreichend Gelegenheit haben, sich auf die gesetzliche Anforderung einzustellen und somit im Interesse einer effektiven Verbraucherinformation eine Vergleichbarkeit der von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veröffentlichenden Informationen gewährleistet ist.

**Zu Nummer 45 (§ 118)**

Durch ein redaktionelles Versehen ist das Wort „und“ in der Bezeichnung der Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen in § 118 Absatz 1 Satz 1 des Gesetzentwurfs entfallen. Dies wird mit vorliegendem Änderungsantrag korrigiert.

**Zu Nummer 46 (§ 120)****Zu Buchstabe b**

Der Änderungsantrag sieht eine Einfügung gegenüber dem Gesetzentwurf vor, mit der klargestellt werden soll, dass Pflegebedürftige unmittelbar nach Inkrafttreten der Regelung des § 120 Absatz 3 am 1. Januar 2013 durch ihren Pflegedienst über die Stärkung der Wahlmöglichkeit bei der Ausgestaltung des Pflegevertrages bei häuslicher Pflege zu informieren sind. Durch die Gegenüberstellung der vom Zeitaufwand unabhängigen Vergütung im Vergleich zu einer rein zeitbezogenen Vergütung wird die erforderliche Transparenz erzielt und sichergestellt, dass jede und jeder Pflegebedürftige zeitnah seine Auswahlentscheidung vor dem Hintergrund der neuen gesetzlichen Regelung treffen kann. Dies stärkt die Umsetzung der Regelung.

**Zu Nummer 47 (§ 121)****Zu Buchstabe a**

Die Vorschrift regelt die Bußgeldbewehrung für den Fall, dass ein Versicherungsunternehmen vorsätzlich oder leichtfertig die erforderlichen Daten an die zentrale Stelle nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig übermittelt. Dies gilt insbesondere, wenn das Versicherungsunternehmen vorsätzlich oder leichtfertig zu Unrecht bestätigt, dass bei einer Pflege-Zusatzversicherung die Voraussetzungen zur Förderfähigkeit gegeben sind oder der Antragsteller eine zulageberechtigte Person ist.

**Zu Buchstabe b**

Mit der Änderung wird das Bundesversicherungsamt auch in den in Buchstabe a Doppelbuchstabe bb neu geregelten Fällen der Bußgeldbewehrung zur sachlich zuständigen Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Absatz 1 Nummer 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten. Damit wird auf bestehende und bewährte Strukturen zurückgegriffen.

**Zu Nummer 48 (§§ 123 bis 125)****Zu § 124 Absatz 2**

Ebenso wie nach § 36 Absatz 1 Satz 5 eine gemeinschaftliche Inanspruchnahme von Pflegeleistungen ermöglicht wurde, wird es Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und Pflegebedürftigen der Pflegestufen I bis III ermöglicht, häusliche Betreuung auch gemeinsam in Anspruch zu nehmen und so die durch Betreuung abgesicherte Zeit zu erweitern. So kann die Betreuung flexibler erfolgen, zum Beispiel können zwei betroffene Nachbarn gemeinsam – und dafür doppelt so lange – in einer der beiden Häuslichkeiten betreut werden.

**Zu Nummer 49 (Dreizehntes Kapitel)**

Angesichts des demografischen Wandels wird die soziale Pflegeversicherung als umlagefinanziertes System künftig zunehmenden Belastungen ausgesetzt sein. Um die Bürgerinnen und Bürger beim Aufbau einer ergänzenden, eigenständigen Pflegevorsorge zu unterstützen, hat sich die Regierungskoalition daher mit Beschluss vom 6. November 2011 auf die Einführung einer Pflegevorsorgeförderung verständigt. Die staatliche Förderung der privaten Pflegevorsorge ist ein wichtiger Beitrag zur nachhaltigen, generationengerechten Ausgestaltung der sozialen Sicherung. Sie soll einen wirksamen Anreiz zu zusätzlicher Pflegevorsorge schaffen. Künftig wird daher zu den Beiträgen für eine neu abgeschlossene private Pflege-Zusatzversicherung eine staatliche Zulage gezahlt, wenn die Pflege-Zusatzversicherung bestimmte gesetzlich vorgegebene Rahmenbedingungen erfüllt. Die §§ 126 bis 130 regeln Art, Umfang, Voraussetzungen und Verfahren der Förderung der privaten Pflegevorsorge.

**Zu § 126**

§ 126 bestimmt, welcher Personenkreis Anspruch auf Gewährung einer Pflegevorsorgezulage hat. Zu diesem Personenkreis gehören grundsätzlich alle in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versicherten Personen, wenn sie eine private Pflege-Zusatzversicherung abgeschlossen haben, die den Vorgaben des § 127 Absatz 2 genügt. Ausgenommen sind nur Kinder und Jugendliche vor Vollendung des 18. Lebensjahres sowie Personen, die pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind oder bereits entsprechende Leistungen bezogen haben. Die Regelung korrespondiert mit dem in § 127 Absatz 2 für förderfähige Pflege-Zusatzversicherungen geltenden Kontrahierungszwang.

**Zu § 127**

Absatz 1 benennt als Voraussetzung der Förderung einen monatlichen Mindestbeitrag des Versicherten in Höhe von 10 Euro, um sicherzustellen, dass die abgesicherte Leistung ein gewisses Mindestniveau umfasst und staatliche Förde-

rung und Eigenleistung in einem angemessenen Verhältnis stehen. Die Höhe der staatlichen Förderung beläuft sich auf 5 Euro monatlich.

Absatz 2 führt aus, welche Voraussetzungen eine Pflege-Zusatzversicherung erfüllen muss, damit die Pflegevorsorgezulage gewährt werden kann. Ziel der an die Versicherungsunternehmen gerichteten Vorgaben ist insbesondere, dass möglichst viele Bürgerinnen und Bürger die Förderung in Anspruch nehmen können. Deshalb sieht Nummer 2 einen Kontrahierungszwang für die Anbieter entsprechender Pflege-Zusatzversicherungen vor. Außerdem muss der Versicherer gemäß Nummer 3 bei einer förderfähigen Pflege-Zusatzversicherung auf die Möglichkeit der ordentlichen Kündigung verzichten und darf keine Risikoprüfung durchführen sowie keine Risikozuschläge und keine Leistungsausschlüsse vereinbaren. Wartezeiten sind nur bis zur Gesamtdauer von fünf Jahren zulässig; sie beginnen mit dem Vertragsbeginn.

Bietet ein Versicherungsunternehmen eine gemäß Absatz 2 förderfähige Pflege-Zusatzversicherung für Neukunden nicht mehr an, hat dies auf die Förderfähigkeit dieser Pflege-Zusatzversicherung für Bestandskunden keine Auswirkungen; die Zulage kann in diesem Fall beim Vorliegen der in Absatz 2 genannten Voraussetzungen weiter gewährt werden.

Förderfähig sind gemäß Nummer 4 Pflege-Zusatzversicherungen, die bei Eintritt des Pflegefalls im Sinne dieses Buches oder bei Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz für jede der in § 15 aufgeführten Pflegestufen eine Geldleistung zur Sicherstellung der Pflege zur selbstbestimmten Verwendung auszahlen; diese muss in Pflegestufe III mindestens 600 Euro im Monat betragen. Weitere Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht umfassen. Dies schließt nicht aus, dass ein Vertrag über eine Pflege-Zusatzversicherung sowohl förderfähige als auch nicht förderfähige Tarife umfassen kann.

Um eine Überversicherung zu verhindern, dürfen geförderte Pflege-Zusatzversicherungen nur Geldleistungen vorsehen, die im Ergebnis maximal zu einer Verdoppelung der Höhe der durch dieses Buch gewährten Leistungen führen. Um dem Wertverlust des auf die aktuellen Leistungsbeträge bezogenen Höchstbetrags der Leistungen entgegenzuwirken, ist eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate zulässig.

Der Eintritt des Leistungsfalls und die Höhe der Leistungen in Abhängigkeit von den Pflegestufen folgen laut Nummer 5 dem Ergebnis des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 sowie den Feststellungen über das Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45a, um eine unbürokratische Auszahlung der Versicherungsleistungen zu ermöglichen und um für die Versicherten Transparenz zu erreichen. Die Entscheidung der Pflegekasse beziehungsweise des privaten Versicherungsunternehmens, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, über die Zuordnung zu einer Pflegestufe hat daher für die Zusatzversicherung verbindlichen Charakter. Die Einreichung von Kostennachweisen ist damit nicht erforderlich. Etwaige Änderungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs gelten somit auch für die geförderten privaten Pflege-Zusatzversicherungen.

Außerdem wird klargestellt, dass es sich bei den förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen um eine nach Art der Lebensversicherung kalkulierte Risikoversicherung handeln muss (Nummer 1). Es gelten Rechnungszinssatz und Kalkulationsgrundlagen gemäß § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes. Die Beiträge können nach Eintrittsalter differenziert kalkuliert werden. Eine Differenzierung nach Geschlecht ist nicht zulässig.

Absatz 2 Nummer 7 sieht Sonderregelungen für Personen vor, die wegen Hilfebedürftigkeit auf Leistungen der Grundversicherung für Arbeitsuchende oder Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind oder allein durch Zahlung des Beitrags zur privaten Pflege-Zusatzversicherung hilfebedürftig würden. Zum einen haben förderfähige private Pflege-Zusatzversicherungen für diesen Personenkreis einen Anspruch auf eine mindestens drei Jahre befristete Ruheregelung ohne Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes vorzusehen. Damit sollen die finanziellen Folgen einer sonst notwendigen Kündigung in Verbindung mit einem späteren neuen Vertragsabschluss spürbar abgemildert werden. Zum anderen müssen förderbare private Pflege-Zusatzversicherungen ein Sonderkündigungsrecht beinhalten, welches binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit ausgeübt werden kann. Für den Fall der Ruhendstellung beginnt diese Frist mit dem Ende der Ruhendstellung, wenn Hilfebedürftigkeit weiterhin vorliegt. Diese Regelung soll mit Blick auf das verfassungsrechtliche Existenzminimum eine wirtschaftliche Belastung durch Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung im Falle der Hilfebedürftigkeit vermeiden. Mit der Vorgabe wird in Verträgen für eine private Pflege-Zusatzversicherung von der ansonsten geltenden allgemeinen Vorschrift zur Kündigung gemäß § 205 des Versicherungsvertragsgesetzes zugunsten der betroffenen Versicherungsnehmer abgewichen. Dem Versicherer steht in diesem Fall die Prämie nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Hilfebedürftigkeit zu. Der Nachweis der Hilfebedürftigkeit kann regelmäßig mittels Vorlage des Bewilligungsbescheides erfolgen.

Im Interesse der Versicherten soll gemäß Nummer 8 die Höhe der in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten einer Begrenzung unterworfen werden; das Nähere dazu soll auf dem Verordnungsweg bestimmt werden.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. wird damit beliehen, für förderfähige private Pflege-Zusatzversicherungen brancheneinheitliche Vertragsmuster festzulegen, die gewährleisten sollen, dass die Versicherungsverträge die in Absatz 2 als Voraussetzung für eine Zulagenförderung verlangten Bedingungen erfüllen. Die Vertragsmuster sind von den Versicherungsunternehmen als Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen förderfähiger Pflege-Zusatzversicherungen zu verwenden; sie haben dies gemäß § 128 Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 im Falle eines Zulageantrags der zentralen Stelle jeweils zu bestätigen. Die Bestätigung ist Voraussetzung für eine Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage durch die zentrale Stelle. Auf diese Weise wird eine verwaltungskostenintensive Prüfung einzelner Versicherungsverträge durch die zentrale Stelle vermieden.

Angesichts des für förderfähige private Pflege-Zusatzversicherungen geltenden Kontrahierungszwanges, des Verbots von Risikoprüfungen sowie von Risikozuschlägen und Leis-

tungsausschlüssen kann nicht ausgeschlossen werden, dass es bei einzelnen privaten Versicherungsunternehmen, die entsprechende Produkte anbieten, zu einer Häufung von sog. schlechten Risiken und somit zu einer finanziellen Überforderung kommt. Die Beleihung des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. umfasst daher auch die Befugnis, bei Bedarf und in Abstimmung mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht einen finanziellen Ausgleich von Überschäden zu schaffen und zu unterhalten. Dem Ausgleich können, so er eingerichtet wird, jene privaten Versicherungsunternehmen beitreten, die förderfähige Pflege-Zusatzversicherungen anbieten.

Vor dem Inkrafttreten der Regelung bereits bestehende Pflege-Zusatzversicherungen können nur gefördert werden, wenn sie die in Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllen. Zwischen geförderten Tarifen nach diesem Gesetz und Tarifen, die nicht gefördert werden, besteht keine Gleichartigkeit im Sinne des § 204 Absatz 1 Nummer 1 des Versicherungsvertragsgesetzes.

Gemäß Absatz 3 entsteht der Anspruch auf Zulage mit Ablauf des Kalenderjahres, für das Beiträge zu einer förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung entrichtet worden sind. Auf den Zeitpunkt der Entrichtung innerhalb des entsprechenden Jahres kommt es dabei nicht an. Auch rückwirkend für das laufende Kalenderjahr abgeschlossene Versicherungsverträge sind zulagefähig, soweit die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen.

#### Zu § 128

Absatz 1 regelt das Verfahren der Antragstellung der Zulage. Dies schließt die Datenübermittlungspflichten des Versicherungsunternehmens gegenüber der zentralen Stelle ein. Die Beantragung der Zulage zugunsten des Versicherungsnehmers erfolgt direkt durch das private Versicherungsunternehmen, bei dem der Vertrag über eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung abgeschlossen worden ist. Damit wird ein einheitliches, für den Versicherungsnehmer möglichst schlankes, bürokratiearmes Antragsverfahren sichergestellt.

Das Versicherungsunternehmen hat die für die Zulagegewährung erforderlichen Daten zu erfassen und an die zentrale Stelle zu übermitteln. Hierzu gehört neben der Bestätigung, dass der Versicherungsvertrag die in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt, auch die Bestätigung über die Zulageberechtigung. Die näheren Einzelheiten werden in der Rechtsverordnung nach § 130 geregelt.

Absatz 2 überträgt die Zuständigkeit für die Verwaltung und Auszahlung der Pflegevorsorgezulage an die Deutsche Rentenversicherung Bund, da diese bereits über Erfahrungen bei der Durchführung eines entsprechenden Zulageverfahrens verfügt. § 30 Absatz 2 des Vierten Buches verlangt im Falle der Übertragung einer Aufgabe eines Trägers der öffentlichen Verwaltung an einen Versicherungsträger die Erstattung der dadurch entstehenden Kosten; das Nähere dazu wird in Absatz 5 bzw. durch Verwaltungsvereinbarung geregelt. Um das Förderverfahren möglichst bürokratiearm auszugestalten und den Aufwand für die Versicherten und die von der Deutschen Rentenversicherung Bund einzurichtende zentrale Stelle möglichst gering zu halten, soll die Zulage direkt an den Anbieter der förderfähigen Pflege-Zusatzversi-

cherung ausgezahlt und von diesem unverzüglich dem Versicherungsvertrag der zulageberechtigten Person gutgeschrieben werden. Die Zulage je zulageberechtigter Person wird für jeden Monat nur für einen Versicherungsvertrag gewährt. Absatz 2 beinhaltet darüber hinaus grundsätzliche Vorgaben zum Verfahren der Antragstellung, der Auszahlung und – gegebenenfalls – der Rückzahlung beziehungsweise Rückforderung der Zulage sowie der entsprechenden Pflichten des jeweiligen Anbieters einer geförderten Pflege-Zusatzversicherung und Verfahrensvorgaben für die zentrale Stelle bei Feststellung von entsprechenden Pflichtverletzungen.

Absatz 3 regelt die Pflicht des Versicherungsunternehmens zur Unterrichtung des Versicherungsnehmers über die Ermittlungsergebnisse der zentralen Stelle für den Fall, dass ein Anspruch auf Zulage nicht besteht oder nicht bestanden hat.

Der Anspruch auf die Zulage ist unter anderem daran geknüpft, dass die Pflege-Zusatzversicherung die in § 127 Absatz 2 aufgeführten Voraussetzungen erfüllt. Für die Erfüllung dieser Voraussetzungen haften die Versicherungsunternehmen gemäß Absatz 4 gegenüber den Zulageempfängern. Sie sind also etwa für Schäden verantwortlich, die dem Zulageempfänger dadurch entstehen, dass er zum Zwecke der Pflegevorsorge Verbindlichkeiten einget, die er ohne Zulage nicht eingegangen wäre. Da kein besonderer Haftungsmaßstab bestimmt ist, richtet sich dieser nach § 276 des Bürgerlichen Gesetzbuchs. Das Versicherungsunternehmen hat also hinsichtlich der Erfüllung der Zulagevoraussetzungen Vorsatz und Fahrlässigkeit zu vertreten.

Die entsprechende Pflege-Zusatzversicherungen anbietenden Versicherungsunternehmen unterliegen zudem insgesamt – einschließlich der Einhaltung der in § 127 Absatz 2 aufgeführten Bedingungen – der Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, wie das heute schon der Fall ist.

Zudem wird in Absatz 5 bestimmt, dass die von der zentralen Stelle veranlassten Auszahlungen von Pflegevorsorgezulagen sowie die entstehenden Verwaltungskosten vom Bundesministerium für Gesundheit getragen werden. Da die zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund angesiedelt wird, obliegt die Rechtsaufsicht über die zentrale Stelle – ebenso wie die Rechtsaufsicht über die Deutsche Rentenversicherung Bund – nach § 90 Absatz 2a Satz 1 des Vierten Buches dem Bundesversicherungsamt. In Bezug auf diese Tätigkeit wird es wegen der sachlichen Nähe zur sozialen Pflegeversicherung dem Bundesministerium für Gesundheit unterstellt.

#### Zu § 129

Abweichend von § 197 Absatz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes ist bei förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherungen eine Wartezeit von bis zu fünf Jahren zulässig. Dies soll angesichts des Kontrahierungszwangs vor einer Überforderung der Versichertenkollektive schützen.

#### Zu § 130

§ 130 ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales Vor-

schriften zu erlassen, die das Nähere zu der zentralen Stelle und ihren Aufgaben, zum Verfahren für die Ermittlung, Festsetzung, Auszahlung, Rückzahlung und Rückforderung der Zulage, zum Datenaustausch zwischen Versicherungsunternehmen und zentraler Stelle sowie zur Begrenzung der Höhe der bei förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten regeln. Dies schließt das Verfahren nach § 128 Absatz 1 Satz 4 ein.

#### Kostenfolgen

Es wird angenommen, dass im Jahr 2013 etwa 1,5 Millionen förderfähige Versicherungsverträge abgeschlossen werden, auf die dann ein Zulagenvolumen von rund 90 Mio. Euro entfällt. Die längerfristige Entwicklung des Fördervolumens hängt von der Entwicklung der Zahl der abgeschlossenen förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen ab.

Die Kosten, die der Deutschen Rentenversicherung Bund in der Ausführung des Gesetzes entstehen, sind ihr durch das Bundesministerium für Gesundheit zu erstatten. Dazu sind ab dem Jahr 2014 monatliche Abschläge zu zahlen. Dabei können pauschalierte Zahlungen vereinbart werden. Beim Bundesversicherungsamt entsteht durch die Gesetzesänderung ein sächlicher und personeller Mehraufwand.

Eine detaillierte Berechnung der Kosten der zentralen Stelle für die Durchführung der Pflegevorsorgeförderung ist erst im Rahmen der Erarbeitung der Rechtsverordnung möglich. Insgesamt erscheint es möglich, die Verwaltungskosten auf unter 10 Mio. Euro jährlich zu begrenzen.

#### Zu Artikel 3 (SGB V)

##### Zu Nummer 1 (§ 11)

##### Zu Buchstabe a

§ 11 Absatz 1 enthält eine Auflistung der Vorschriften, nach denen die Versicherten Anspruch auf Leistungen haben. In Nummer 1 werden die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft nach den neuen, aus der Reichsversicherungsordnung überführten §§ 24c bis 24i SGB V aufgenommen.

##### Zu Buchstabe b

Die Änderung sieht vor, dass die Krankenkassen im Bereich der Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24d) zusätzliche Satzungsleistungen anbieten können. Die Möglichkeit bezieht sich ausdrücklich nur auf die von Hebammen erbrachten Leistungen und damit ausdrücklich nicht auf ärztliche Leistungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz sind durch die Regelung des § 11 Absatz 6 die wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf der Leistungsseite gestärkt worden. Zu diesem Zweck sind die Angebotsmöglichkeiten der Krankenkassen für Satzungsleistungen in bestimmten Bereichen ausgeweitet worden. Dabei ging es ausschließlich um Leistungen, die eine Krankenkasse zusätzlich und im unmittelbaren Zusammenhang zum allgemeinen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung allen ihren Versicherten gewähren kann. Dies galt bisher für folgende Leistungsbereiche: Vorsorge- und Reha-Maßnahmen, künstliche Befruchtung, zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz), nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel,

Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe sowie nicht zugelassene Leistungserbringer. Voraussetzung ist, dass diese Leistungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen sind und dass sie in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Die Krankenkassen haben in ihren Satzungen hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zu regeln.

#### **Zu Nummer 2** (§ 16)

§ 16 Absatz 1 enthält verschiedene Ruhestatbestände für Leistungsansprüche nach dem SGB V (z. B. bei einem Auslandsaufenthalt oder bei einem Anspruch auf freie Heilfürsorge). In § 195 Absatz 2 Satz 2 RVO war bisher geregelt, dass § 16 Absatz 1 nicht für den Anspruch auf Mutterschaftsgeld gilt. Diese Vorschrift wird nun in § 16 SGB V aufgenommen.

#### **Zu Nummer 3** (§ 17)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der Überführung der Vorschriften zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft von der RVO in das SGB V. Die Ergänzung trägt der Tatsache Rechnung, dass es sich bei Schwangerschaft und Mutterschaft um keine Erkrankung handelt. Außerdem entfällt der bisherige Verweis in § 17 Absatz 1 Satz 1 SGB V auf die Vorschriften des Zweiten Abschnitts des Zweiten Buches der RVO, die aufgehoben werden.

#### **Zu Nummer 4** (Drittes Kapitel, Dritter Abschnitt, Überschrift)

Die Überschrift wird ergänzt; dies trägt der Überführung der Vorschriften aus der RVO in den Dritten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB V Rechnung.

#### **Zu Nummer 5** (§ 23)

##### **Zu Buchstabe a**

Die Regelung sieht vor, dass die Krankenkasse für pflegende Angehörige stationäre Vorsorgeleistungen mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen kann, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. Solche Verträge können mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen geschlossen werden. Diese Einrichtungen können im Einzelfall im Hinblick auf die von ihnen erbrachten medizinischen Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter für medizinische Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige in Betracht kommen. Auch die Verträge nach § 111a werden geschlossen, um eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge sicherzustellen (§ 111a Absatz 1 Satz 2 i. V. m. § 111 Absatz 2 Satz 1).

Soweit die Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtungen medizinische Vorsorgeleistungen für pflegende Angehörige anbieten wollen, sind sie gehalten, ein entsprechend abgestimmtes Leistungsangebot bereitzuhalten. Die Krankenkassen haben nach § 23 Absatz 5 Satz 1 nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls die Vorsorgeeinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen zu bestimmen. Die Krankenkassen haben insoweit auch zu be-

rücksichtigen, ob die Ziele der Vorsorgeleistung in der Einrichtung erreicht werden können.

Auch bei den Leistungen für pflegende Angehörige ist Voraussetzung, dass ambulante Leistungen nach § 23 Absatz 1 und 2 nicht ausreichen.

##### **Zu Buchstabe b**

Die Änderung entspricht der Formulierung im Gesetzentwurf, wonach die Krankenkasse bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger berücksichtigt.

#### **Zu Nummer 6** (§§ 24c bis 24i)

##### **Zu § 24c**

Der neue § 24c hat wie bisher § 195 Absatz 1 RVO die Funktion einer Einweisungsvorschrift, die auf die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft hinweist. Zur Klarstellung wird die Auflistung dahingehend ergänzt, dass auch die Versorgung mit Hilfsmitteln von den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft umfasst wird. Insoweit war bisher nur der Ausschluss von Zuzahlungen ausdrücklich geregelt (Verweis in § 196 Absatz 2 RVO auf § 33 Absatz 8 und § 127 Absatz 4).

##### **Zu § 24d**

Der neue § 24d übernimmt die Regelung des bisherigen § 196 Absatz 1 RVO zum Rechtsanspruch der Versicherten auf ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe. Darüber hinaus wird nun in Satz 2 ausdrücklich geregelt, dass der Säugling Anspruch auf Hebammenhilfe hat, wenn das Kind nicht von der Mutter versorgt werden kann (z. B. in Fällen der Pflegschaft, der Adoption oder bei Tod sowie krankheitsbedingter Abwesenheit der Mutter). Durch diese Übertragung des Anspruchs auf Hebammenhilfe auf das versicherte Kind wird sichergestellt, dass die für das Kind erforderlichen Leistungen erbracht werden können.

##### **Zu § 24e**

Der neue § 24e regelt den Anspruch auf Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln während der Schwangerschaft und im Zusammenhang mit der Entbindung. Der Leistungsanspruch richtet sich nach den für die Krankenbehandlung geltenden Vorschriften einschließlich der Leistungseinschränkungen nach § 34 sowie der Vorschriften für die Prüfung und Abrechnung dieser Leistungen nach den §§ 84 und 300. Ausgenommen sind die Regelungen zu den Zuzahlungen. Der bisherige § 196 Absatz 2 RVO wird durch Satz 2 zweiter Halbsatz ins SGB V überführt. Danach sind bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung keine Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel zu leisten.

##### **Zu § 24f**

Die neue Vorschrift des § 24f regelt den Anspruch der Versicherten auf ambulante oder stationäre Entbindungen. Übernommen wird die bisherige Regelung des § 197 RVO, nach der die Versicherte für sich und das Neugeborene Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung hat, wenn sie zur Entbindung in ein Krankenhaus oder eine andere Einrichtung aufgenommen wird. Zusätzlich wird der Anspruch auf

eine ambulante Entbindung ausdrücklich geregelt. Insoweit werden als mögliche Geburtsorte das Krankenhaus, eine von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleitete Einrichtung, eine ärztlich geleitete Einrichtung, eine Hebammenpraxis sowie die Hausgeburt genannt. Damit ist die Versorgung an anderen Orten in Notfällen nicht ausgeschlossen.

#### Zu § 24g

Der neue § 24g zum Anspruch der Versicherten auf häusliche Pflege, soweit diese wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich ist, entspricht ohne inhaltliche Änderungen dem bisherigen § 198 RVO. Wie bisher besteht kein Anspruch auf Betreuung, wenn diese von einer im Haushalt lebenden Person übernommen werden kann (Verweis auf § 37 Absatz 3). Kosten für selbstbeschaffte Kräfte sind unter Berücksichtigung von § 37 Absatz 4 von der Krankenkasse zu erstatten. Zuzahlungen sind nicht zu leisten.

#### Zu § 24h

Der neue § 24h zum Anspruch der Versicherten auf Haushaltshilfe entspricht ohne inhaltliche Änderungen dem bisherigen § 199 RVO. Insbesondere bleibt es bei der Voraussetzung, dass der Versicherten wegen Schwangerschaft oder Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

#### Zu § 24i

Der neue § 24i regelt den Anspruch auf Mutterschaftsgeld. Er entspricht dem bisherigen § 200 RVO.

#### Zu Absatz 1

Die Regelung zum Anspruch auf Mutterschaftsgeld für weibliche Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben oder denen wegen der Schutzfristen des Mutterschutzgesetzes (sechs Wochen vor und acht Wochen nach der Entbindung) kein Arbeitsentgelt gezahlt wird, entspricht dem bisherigen § 200 Absatz 1 RVO.

#### Zu Absatz 2

Die Regelung zur Berechnung des Mutterschaftsgeldes entspricht inhaltlich dem bisherigen § 200 Absatz 2 RVO. Als Mutterschaftsgeld wird regelmäßig das um die gesetzlichen Abzüge verminderte durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate vor Beginn der Schutzfrist, höchstens jedoch 13 Euro, für den Kalendertag gezahlt. Den Unterschiedsbetrag zwischen der Höchstsumme von 13 Euro sowie dem Nettoarbeitsentgelt trägt der Arbeitgeber oder die für die Zahlung von Mutterschaftsgeld zuständige Stelle als Zuschuss zum Mutterschaftsgeld nach § 14 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG). Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld, die keinen Zuschuss zum Mutterschaftsgeld beanspruchen können, erhalten Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes. Zudem werden einige redaktionelle Änderungen vorgenommen.

#### Zu Absatz 3

Die Regelung zur Bezugsdauer des Mutterschaftsgeldes entspricht weitgehend dem bisherigen § 200 Absatz 3 RVO. Grundsätzlich wird Mutterschaftsgeld in den Schutzfristen

von sechs Wochen vor bis acht bzw. bei Mehrlings- und Frühgeburten 12 Wochen nach der Entbindung geleistet.

In Satz 1 wird klargestellt, dass für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes für Zeiten vor der Entbindung grundsätzlich der voraussichtliche mutmaßliche Entbindungstermin maßgebend ist. Auch bei einer Beantragung des Mutterschaftsgeldes nach der Entbindung bleibt der voraussichtliche Entbindungstag maßgebend, wenn das Zeugnis vor der Entbindung ausgestellt wurde.

Nach dem bisherigen Satz 2 verlängert sich bei Frühgeburten und sonstigen vorzeitigen Entbindungen die Bezugsdauer um den Zeitraum, der nach § 3 Absatz 2 MuSchG nicht in Anspruch genommen werden konnte. Die Bezugnahme auf die Regelung des Mutterschutzgesetzes wird nunmehr ersetzt durch die Formulierung „Zeitraum von sechs Wochen vor dem mutmaßlichen Tag der Entbindung“. Damit wird der Rechtspraxis Rechnung getragen, wonach auch für freiwillig mit Anspruch auf Krankengeld gesetzlich versicherte Selbstständige und Bezieherinnen von Arbeitslosengeld ein Anspruch auf Verlängerung der Bezugsdauer von Mutterschaftsgeld gegeben sein soll, sofern eine Frühgeburt oder sonstige vorzeitige Entbindung vorliegt. Für Bezieherinnen von Arbeitslosengeld und freiwillig mit Anspruch auf Krankengeld gesetzlich versicherte Selbstständige findet § 3 Absatz 2 MuSchG keine unmittelbare Anwendung, weshalb die nur für Arbeitnehmerinnen im Sinne des Mutterschutzgesetzes geltende Bezugsregelung gestrichen wird.

In Satz 4 war bisher im Hinblick auf das für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes vor der Entbindung erforderliche Zeugnis eines Arztes oder einer Hebamme über den mutmaßlichen Tag der Entbindung vorgesehen, dass das Zeugnis nicht früher als eine Woche vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 2 MuSchG ausgestellt sein darf. Diese Anforderung wird durch die Streichung des Satzes insoweit vereinfacht, dass nunmehr das ärztliche Zeugnis – entsprechend der Regelung des § 5 MuSchG – auch zu einem früheren Zeitpunkt als eine Woche vor Beginn der Mutterschutzfrist ausgestellt werden kann. Dies hat zur Folge, dass die nach § 5 MuSchG dem Arbeitgeber vorzulegende Bescheinigung auch für die Mutterschaftsgeldzahlung herangezogen werden kann. Nach § 5 MuSchG sollen werdende Mütter dem Arbeitgeber ihre Schwangerschaft und den mutmaßlichen Tag der Entbindung mitteilen, sobald ihnen ihr Zustand bekannt ist. Wird allerdings – beispielsweise aufgrund einer Frühgeburt – erst nach der Entbindung Mutterschaftsgeld beantragt, so ist für die Berechnung der Entbindungstag maßgebend.

Die Änderung in Satz 4 ist klarstellender Natur.

#### Zu Absatz 4

Die Regelung zum Ruhen des Anspruchs auf Mutterschaftsgeld entspricht dem bisherigen § 200 Absatz 4 RVO. Hier nach ruht der Anspruch auf Mutterschaftsgeld, soweit und solange das Mitglied beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhält.

#### Zu Nummer 7 (§ 28)

Es handelt sich um eine durch die Überführung der Vorschriften zu Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft aus der RVO in das Fünfte Buch notwendige Folgeän-



derung. Es bleibt dabei, dass die Versicherten für die Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers für Maßnahmen der Schwangerenvorsorge (§ 24d – neu) keine Zuzahlung zu entrichten haben. Zudem wird der bisherige Verweis auf § 23 des Gesetzes über die Versicherung der Landwirte (KVLG) mit der Überführung des KVLG in das KVLG 1989 gegenstandslos, da § 23 KVLG aufgrund des Verweises auf das SGB V in § 8 Absatz 1 KVLG 1989 ersatzlos gestrichen werden kann.

#### **Zu Nummer 8 (§ 33)**

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist für die Versorgung mit Hilfsmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung eine vertragsärztliche Verordnung nicht generell erforderlich. Dies wird im neuen Absatz 5a nunmehr ausdrücklich klargestellt und näher geregelt. Mit der Beschränkung des Verordnungserfordernisses in Satz 1 auf die Fälle, in denen eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung aus medizinischen Gründen zwingend geboten ist, werden die Versicherten, ihre Angehörigen, die Vertragsärztinnen und -ärzte sowie die Leistungserbringer von bürokratischem Aufwand entlastet und die Versorgungsprozesse vereinfacht. Ein Verzicht auf die vertragsärztliche Verordnung kann auch bei dauerhaft benötigten zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln in Betracht kommen. Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen Versorgung wird den Krankenkassen in Satz 2 die Möglichkeit eingeräumt, abweichend von Satz 1 eine vertragsärztliche Verordnung auch dann zu verlangen, wenn nach den vertraglichen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern die Versorgung genehmigungsfrei erfolgen kann. Inwieweit für die Durchführung und Abrechnung der Versorgung eine vertragsärztliche Verordnung erforderlich ist, wird ebenfalls in den Verträgen zu regeln sein.

#### **Zu Nummer 9 (§ 40)**

##### **Zu Buchstabe a**

##### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Die Regelung sieht vor, dass die Krankenkasse für pflegende Angehörige stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen kann, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. Solche Verträge können mit Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen geschlossen werden. Diese Einrichtungen können im Einzelfall im Hinblick auf die von ihnen erbrachten medizinischen Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter für medizinische Rehabilitationsleistungen für pflegende Angehörige in Betracht kommen. Auch die Verträge nach § 111a werden geschlossen, um eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sicherzustellen (§ 111a Absatz 1 Satz 2 i. V. m. § 111 Absatz 2 Satz 1).

Soweit die Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtungen stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige anbieten wollen, sind sie gehalten, ein entsprechend abgestimmtes Leistungsangebot bereitzuhalten. Die Krankenkassen haben nach § 40 Absatz 3 Satz 1 nach den medizinischen Erforder-

nissen des Einzelfalls die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen zu bestimmen. Die Krankenkassen haben insoweit auch zu berücksichtigen, ob die Ziele der Rehabilitationsleistung in der Einrichtung erreicht werden können.

Auch bei diesen Leistungen für pflegende Angehörige ist Voraussetzung, dass ambulante Leistungen nach § 40 Absatz 1 nicht ausreichen.

##### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in § 40 Absatz 2 Satz 1. Wählt der Versicherte nach dem geltenden Recht eine zertifizierte Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen. Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass dies für pflegende Angehörige auch in den Fällen gilt, in denen sie eine andere zertifizierte Einrichtung wählen, mit der kein Vertrag nach § 111a (Einrichtung des Müttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtung) besteht.

##### **Zu Buchstabe b**

Die Änderung entspricht der Formulierung im Gesetzentwurf, wonach die Krankenkasse bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger berücksichtigt.

#### **Zu Nummer 10 (§ 63)**

Es handelt sich um eine Ergänzung im Zusammenhang mit der Überführung der Vorschriften zu Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft aus der RVO in das Fünfte Buch. Danach können die Krankenkassen Modellvorhaben auch zu Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, die keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder nach § 64 vereinbaren. Der bisherige Wortlaut der Vorschrift hatte dies nur für Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie zur Krankenbehandlung vorgesehen.

#### **Zu Nummer 14 (§ 111)**

Die Änderung steht in engem Zusammenhang mit den Änderungen der §§ 23 und 40 und berücksichtigt die besondere Situation pflegender Angehöriger im Hinblick auf Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen. Nach dem geltenden § 111 Absatz 1 dürfen die Krankenkassen stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen nur in Einrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 besteht. Mit der Änderung wird dies für pflegende Angehörige dahingehend erweitert, dass die Krankenkassen diese Leistungen auch in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen dürfen, mit denen ein Vertrag nach § 111a (Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartige Einrichtungen) besteht.

#### **Zu den Nummern 15 (§ 116) und 17 (§ 120)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu § 119b, die teilweise auch aufgrund einer Änderung in § 119b in der Fassung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes notwendig ist.

**Zu Nummer 18** (§ 132a)

§ 132a Absatz 1 Satz 1 sieht bislang vor, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 gemeinsame Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abgeben sollen. Obwohl diese Vorgabe, die mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 in das SGB V eingefügt wurde, bereits seit dem 1. Juli 1997 gilt, liegen entsprechende Rahmenempfehlungen bis zum heutigen Tag nicht vor. Zwingende Gründe, die erklären, warum die Rahmenempfehlungen bislang noch nicht zustande gekommen sind, sind nicht ersichtlich. Die Rahmenempfehlungen sollen dazu dienen, eine einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zu vereinbaren, um eine im ganzen Bundesgebiet qualitativ gleichwertige Versorgung zu gewährleisten. Die bisherige Sollens-Regelung wird daher durch eine Muss-Regelung ersetzt. Zudem erfolgt im ersten Satz eine Rechtsbereinigung, da die Formulierung gemeinsam und einheitlich durch die Gründung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die entsprechende Gesetzesänderung vom 26. März 2007 gegenstandslos geworden ist. Darüber hinaus werden die Partner der Rahmenempfehlungen mit dem neuen Satz 5 verpflichtet, die Rahmenempfehlungen bis zum 1. Juli 2013 abzugeben.

Die vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte Ombudsfrau zur Entbürokratisierung der Pflege hat im Bereich der häuslichen Krankenpflege zudem auf erhebliche Defizite hingewiesen und gesetzgeberischen Handlungsbedarf geltend gemacht. Dabei bezieht sie sich insbesondere auf die unterschiedliche Bewilligungspraxis der Krankenkassen bei Leistungen häuslicher Krankenpflege, die – teilweise auch durch verschiedene technische Ausstattungsbedingungen – unterschiedlichen, zum Teil aufwendigen Abrechnungsverfahren (papiergebundene Nachweise auch bei elektronischer Abrechnung) und das Fehlen einheitlicher Festlegungen darüber, welche antragsbegründenden Angaben und Unterlagen der Krankenkasse für die Leistungsentcheidung zu übermitteln sind.

Um die derzeit bestehenden, insbesondere auf unterschiedlichen Verfahrensausgestaltungen der einzelnen Kassen beruhenden Unzulänglichkeiten bei der Prüfung der Leistungspflicht und der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege abzustellen, die unterschiedlichen Anforderungen der Kassen an die für die Leistungsbewilligung zu übermittelnden Daten zu vereinheitlichen und um den Versicherten eine zügige Inanspruchnahme der ihnen zustehenden Leistungen sowie eine reibungslose Leistungs- und Vergütungsabwicklung zwischen Pflegediensten und Krankenkassen zu gewährleisten, werden daher die Rahmenempfehlungspartner mit dem neuen Satz 6 verpflichtet, hierzu in den Rahmenempfehlungen die wesentlichen Grundsätze zu vereinbaren. Dabei können sich die Vertragspartner auf ein einheitliches, sachgerechtes Verfahren einigen, das für alle Pflegedienste und Kassen gilt und insbesondere im Hinblick auf den Verwaltungsaufwand und die erforderlichen leistungsrechtlichen Nachweispflichten einen angemessenen Interessenausgleich herstellt. Dies dient dem Bürokratieabbau.

Die Empfehlungen können sich auch auf die Inhalte des § 302 Absatz 2 Satz 1 (Form und Inhalt des Abrechnungs-

verfahrens) und des § 302 Absatz 3 (Voraussetzungen und Verfahren bei der Teilnahme am elektronischen Datenträger austausch) beziehen. Soweit in einem solchen Fall Abweichungen von den Richtlinien des GKV-Spitzenverbands nach § 302 Absatz 2 und 3 vereinbart werden, sieht der zweite Halbsatz des neuen Satz 6 in Verbindung mit § 302 Absatz 4 einen Vorrang der Rahmenempfehlungen vor.

**Zu Nummer 19** (§ 134a)**Zu Buchstabe a**

Die Änderung bezieht sich auf die Verträge, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene schließt. Bisher haben diese Verträge unter anderem die Anforderungen an die Qualitätssicherung für die von Hebammen geleiteten Einrichtungen zu regeln. Mit der Änderung wird diese Verpflichtung erweitert und es wird festgelegt, dass die Verträge Anforderungen an die Qualität der Leistungen und der Leistungserbringung in der gesamten Hebammenhilfe zu regeln haben. Damit sind durch die Vertragsparteien zukünftig notwendige Qualitätsvereinbarungen für alle Bereiche der Hebammenhilfe zu treffen.

**Zu Buchstabe b**

Der neue Absatz 1a konkretisiert die Verpflichtung der Vertragsparteien zu Vereinbarungen zur Qualität der Hebammenhilfe nach Absatz 1 Satz 1. Die Regelung stellt klar, dass diese Vereinbarungen Mindestanforderungen in Bezug auf sämtliche Dimensionen der Versorgungsqualität – also zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – der Hebammenhilfe beinhalten sollen. Den Vertragsparteien wird damit die Aufgabe zugewiesen, die Qualität in der Geburtshilfe durch Hebammen und Entbindungspfleger durch die Vereinbarung notwendiger Mindeststandards umfassend sicherzustellen. Um die Überprüfung der Versorgungsqualität zu gewährleisten, ist den Vertragspartnern zudem aufgegeben, sich auf sachgerechte Verfahren zu verständigen, mit denen die Erfüllung der Qualitätsanforderungen durch die Leistungserbringer nachzuweisen sind. Die Nachweisverfahren sind ausdrücklich möglichst verwaltungsunaufwändig zu gestalten, um die Arbeit der Hebammenhilfe nicht mit unnötiger Bürokratie zu belasten.

**Zu Nummer 20** (§ 301a)

Die Änderungen betreffen unterschiedliche Aspekte zur Abrechnung der von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen:

Bisher gab es keine Regelung zur Abrechnung für die von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen. Nunmehr wird ausdrücklich geregelt, dass die bestehenden Abrechnungsregelungen auch auf diese Einrichtungen Anwendung finden.

Über den in Absatz 1 Satz 3 neu eingefügten Verweis wird außerdem geregelt, dass als Hebammen im Sinne dieser Vorschrift auch Entbindungspfleger gelten.

§ 301a Absatz 1 regelt zudem, welche Daten freiberuflich tätige Hebammen und Entbindungspfleger den Krankenkassen

sen für die Abrechnung übermitteln müssen. Die Angaben zum Versichertenstatus (§ 291 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7), zum Tag des Beginns des Versicherungsschutzes (§ 291 Absatz 2 Satz 1 Nummer 9) und bei befristeter Gültigkeit der Karte zum Datum des Fristablaufs (§ 291 Absatz 2 Satz 1 Nummer 10) sind für die Abrechnung mit den Krankenkassen nicht mehr erforderlich. Im Sinne des Grundsatzes der Datensparsamkeit und zum Abbau von Bürokratie werden die Angaben aus dem Katalog der zu übermittelnden Angaben gestrichen.

#### **Zu Artikel 4 (BAföG-EinkommensV)**

##### **Zu Nummer 1**

Folgeänderung der Aufhebung der Vorschriften zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft in der RVO und der Aufhebung des KVLG.

##### **Zu Nummer 2**

Redaktionelle Folgeänderung. Der Verweis auf § 200 ff. RVO und § 29 ff. KVLG wird durch die Angabe „§ 24i SGB V“ ersetzt. Der neue § 24i SGB V entspricht dem bisherigen § 200 RVO.

#### **Zu Artikel 5 (BVFG)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Angesichts der Überführung der Regelungen zu Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft in das SGB V wird der bisherige Verweis auf die Regelung zum Mutterschaftsgeld nach § 200 RVO umgestellt auf § 24i SGB V, der denselben Regelungsgehalt hat.

#### **Zu Artikel 6 (MuSchG)**

##### **Zu Nummer 1 (§ 13)**

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Überführung der Regelungen zu Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft von der RVO in das SGB V bzw. vom KVLG in das KVLG 1989.

##### **Zu Nummer 2 (§ 14)**

##### **Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Angesichts der Überführung der Regelungen zu Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft in das SGB V wird der bisherige Verweis auf die Regelung zum Mutterschaftsgeld nach § 200 RVO und § 29 KVLG umgestellt auf § 24i, der denselben Regelungsgehalt hat.

##### **Zu Buchstabe b**

Bei dieser Änderung handelt es sich um die Berichtigung eines redaktionellen Versehens. Das Mutterschutzgesetz will auf die Definition des Insolvenzereignisses im Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) verweisen, die durch die Neufassung des § 165 Absatz 1 SGB III nunmehr in § 165 Absatz 1 Satz 2 SGB III enthalten ist. Vor diesem Hintergrund bedarf es der Korrektur.

##### **Zu Nummer 4 (§ 15)**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Überführung der Regelungen zu Leistungen bei Schwanger-

schaft und Mutterschaft von der RVO in das SGB V bzw. vom KVLG in das KVLG 1989.

#### **Zu Artikel 7 (RVO)**

Mit dem Gesundheits-Reformgesetz vom 20. Dezember 1988, das am 1. Januar 1989 in Kraft trat, wurden die krankenversicherungsrechtlichen Regelungen im Zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung (RVO) abgelöst und als Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) kodifiziert. Im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung wurden nur die Vorschriften zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft in der RVO belassen.

Diese systematische Sonderstellung der Regelungen zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft ist nicht mehr zeitgemäß. Daher werden die Vorschriften aus der RVO unter systematischen Gesichtspunkten in das Leistungsrecht des SGB V überführt. Dies dient der Rechtsklarheit und erleichtert den Beteiligten die Rechtsanwendung.

Da die Vorschriften zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch aufgenommen werden, werden sie als einzige noch geltende Vorschriften im zweiten Abschnitt im zweiten Buch der RVO aufgehoben. Dies betrifft auch den fehlerhaften Verweis des bisherigen § 195 Absatz 2 Satz 3 RVO.

Außerdem werden die Vorschriften über die Verbände und Sektionen der Krankenkassen aufgehoben. Derzeit gibt es keine Verbände von Krankenkassen mehr, die auf der Grundlage des § 406 ff. RVO gebildet worden sind. Die Regelungen können daher entfallen. Soweit Krankenkassen Bedarf sehen, Zusammenschlüsse zur gemeinsamen Aufgabewahrnehmung zu bilden, steht ihnen hierfür im geltenden Recht das Instrument der Arbeitsgemeinschaften zur Verfügung.

#### **Zu Artikel 8 (KVLG)**

Mit dem Gesundheits-Reformgesetz vom 20. Dezember 1988, das am 1. Januar 1989 in Kraft trat, wurden wie in der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung auch die krankenversicherungsrechtlichen Regelungen im Gesetz über die Krankenversicherung für Landwirte (KVLG) abgelöst und als Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) kodifiziert. Im Leistungsrecht der landwirtschaftlichen Krankenversicherung wurden nur die Vorschriften zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft im KVLG belassen.

Diese systematische Sonderstellung der Regelungen zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft ist auch in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung nicht mehr zeitgemäß. Daher werden als Folgeänderung zur Überführung der Regelungen zu den Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft von der Reichsversicherungsordnung in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch auch die Vorschriften aus dem KVLG unter systematischen Gesichtspunkten in das Leistungsrecht des KVLG 1989 überführt. Dies dient der Rechtsklarheit und erleichtert den Beteiligten die Rechtsanwendung. Da das KVLG keine weiteren Regelungen enthält, kann das Gesetz insgesamt aufgehoben werden.

**Zu Artikel 9** (KVLG 1989)**Zu Nummer 1** (§ 9)**Zu den Buchstaben a und c**

Folgeänderung zur Aufhebung des § 26 Absatz 1 KVLG. Die bisherige Regelung wird inhaltsgleich in § 9 Absatz 3a (neu) aufgenommen. Die bisher in § 26 Absatz 2 KVLG enthaltene Regelung wird bereits von § 9 Absatz 4 erfasst.

**Zu Buchstabe b**

Redaktionelle Angleichung an das SGB V („Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung“ statt „Kurmaßnahme“).

**Zu Nummer 2** (§ 10)**Zu Buchstabe a**

Folgeänderung zur Aufhebung des § 27 Absatz 1 KVLG. Die bisherige Regelung wird inhaltsgleich mit einer redaktionellen Angleichung an das SGB V („Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung“ statt „Kurmaßnahme“) in § 10 Absatz 1 aufgenommen.

**Zu Buchstabe b**

Durch den in § 10 Absatz 2 zusätzlich aufgenommenen Verweis auf § 24h des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt die bisher in § 27 Absatz 2 KVLG enthaltene Regelung zur Gewährung von Haushaltshilfe zukünftig auch weiterhin für die landwirtschaftliche Krankenversicherung.

**Zu Nummer 3** (§14)

Folgeänderung zur Aufhebung des § 29 KVLG.

**Zu Artikel 10** (BEEG)**Zu den Nummern 1 (§ 2b) und 2 (§3)**

Redaktionelle Folgeänderung zur Überführung der Vorschriften zum Mutterschaftsgeld in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch und das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte.

**Zu Nummer 3** (§ 27)**Zu Buchstabe a**

In Satz 1 wird zur Beseitigung eines redaktionellen Versehens klargestellt, dass für die vor dem 1. Januar 2013 geborenen oder mit dem Ziel der Adoption aufgenommenen Kinder die Vorschriften des BEEG in der bis zum Inkrafttreten des Gesetzes zur Vereinfachung des Elterngeldvollzugs geltenden Fassung weiter anzuwenden sind. Satz 2 stellt sicher, dass für die Berechnung des Elterngeldes für Kinder, die vor dem 1. Januar 2013 geboren wurden, die materiell-rechtlichen Änderungen durch Nummer 1 und 2 in entsprechender Weise gelten.

**Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um Folgeänderungen zu den Änderungen nach Nummer 1 und 2. Für die Berechnung des Elterngeldes ist nach dem Inkrafttreten der Änderungen im Rahmen der Bestimmung des Bemessungszeitraumes nach § 2b gegebenenfalls auch Mutterschaftsgeld zu berücksichtigen, das

nach der Reichsversicherungsordnung oder nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte bezogen wurde.

**Zu Artikel 11** (SGB I)

Redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.

**Zu Artikel 12** (RSAV)

Es handelt sich wiederum um eine redaktionelle Folgeänderung. Angesichts der Überführung der Regelungen zu Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft in das SGB V wird der bisherige Verweis auf die §§ 195 bis 200 RVO umgestellt auf die §§ 24c bis 24i SGB V.

**Zu Artikel 13** (LSV-NOG)

Redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.

**Zu Artikel 15** (VAG)**Zu Nummer 1** (§ 12f)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Regelung des § 127 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB XI – neu –, mit der gewährleistet wird, dass die Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes über die Prämienkalkulation nach Art der Lebensversicherung auch auf die neue geförderte Pflegevorsorge angewendet werden.

**Zu Nummer 2** (§ 81d)

Durch die Ergänzung wird sichergestellt, dass die Überschüsse aus der neuen geförderten Pflege-Zusatzversicherung nur für die Versicherungsnehmer verwendet werden, die diese Verträge abgeschlossen haben. Dies ist notwendig, weil bei diesem neuen Geschäft – nicht zuletzt wegen der Wartezeit von fünf Jahren – in den ersten Jahren zwangsläufig Überschüsse anfallen werden. Diese Überschüsse sollten allein für die Versicherten dieser Versicherungsart verwendet werden. Die Regelung orientiert sich an der bewährten Regelung für die Pflege-Pflichtversicherung. In den vom Verband der privaten Krankenversicherung e. V. gemäß § 127 Absatz 2 Satz 2 festzulegenden brancheneinheitlichen Vertragsmustern ist ergänzend aufzunehmen, dass die Verwendung von Überschüssen zugunsten der Versicherten zu erfolgen hat.

**Zu Artikel 16** (Inkrafttreten)**Zu Absatz 1**

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Anfügung eines neuen Absatzes 3.

**Zu Absatz 2**

Die Regelungen in Artikel 1 Nummer 6 und Nummer 17 sowie in Artikel 14 betreffen die Rentenversicherungspflicht von Pflegepersonen, deren Versicherungspflicht durch die Addition der Pflegezeiten bei zwei oder mehreren Pflegebedürftigen ausgelöst wird. Diese Regelungen sollen erst am 1. Januar 2013 in Kraft treten, weil sie kurzfristig technisch

nicht umsetzbar sind. Folglich kann auch Artikel 2 erst am 1. Januar 2013 in Kraft treten.

Um die mit dem Änderungsantrag zu Nummer 46 Buchstabe b eingebrachten Ergänzungen praktisch umsetzen zu können, ist das Inkrafttreten dieser Regelung mit der Regelung in Nummer 35 Buchstabe b in Übereinstimmung zu bringen. Danach sind die Vergütungen mit Wirkung ab dem 1. Januar 2013 nach Zeitaufwand und unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistung oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen je nach Art und Umfang der Pflegeleistung zu bemessen.

Die Regelungen zur Einführung der staatlichen Pflegevorsorgeförderung (Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe i, Nummern 47 und 49 sowie Artikel 15) sollen ebenfalls erst zum 1. Januar 2013 in Kraft treten.

Zu Absatz 3

Das Inkrafttreten der in § 18 Absatz 3a des Elften Buches Sozialgesetzbuch getroffenen Regelungen zur Inanspruchnahme von unabhängigen Gutachtern bedarf der Erarbeitung der Richtlinie nach § 53b des Elften Buches Sozialgesetzbuch – neu – (Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit). Diese Richtlinie ist bis zum 31. März 2013 zu erlassen und bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Das Inkrafttretensdatum 1. Juni 2013 sieht darüber hinaus zusätzliche Zeit für auf dieser Grundlage erforderliche technische Vorbereitungen durch die Pflegekassen vor.

Berlin, den 28. Juni 2012

**Willi Zylajew**  
Berichterstatter





