

## **TOP 13:**

---

Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III)

Drucksache: 720/16

### I. Zum Inhalt des Gesetzes

Ziel des Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) ist, Pflegebedürftigen so lange wie möglich den Verbleib in der vertrauten häuslichen und familiären Umgebung zu ermöglichen und ihnen ein selbstbestimmtes Leben zu gewährleisten.

Mit dem PSG III werden im Wesentlichen die von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege erarbeiteten Empfehlungen umgesetzt. Die Änderungen bezwecken, eine bessere und mit der Zielsetzung des SGB XI kompatible Sicherstellung der Versorgung zu erreichen.

Zu einzelnen Regelungen des PSG III:

- Die Länder erhalten die Möglichkeit, regionale Pflegeausschüsse und sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse einzurichten, in denen die Landesverbände der Pflegekassen mitarbeiten. Die Pflegeausschüsse können Empfehlungen zur Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur abgeben (Pflegestrukturplanungsempfehlungen). Diese können von den Pflegekassen bei Vertragsverhandlungen einbezogen werden.
- Kommunen werden besser am Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Angebote beteiligt. Die Finanzierungsbeteiligung beim Auf- und Ausbau dieser wichtigen Unterstützungsangebote wird vereinfacht.
- Um Kommunen stärker in die Strukturen der Pflege verantwortlich einzubinden, werden im Bereich der Pflegeberatung verschiedene Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe umgesetzt. Insbesondere werden zur Erprobung neuer Beratungsstrukturen die Voraussetzungen dafür geschaffen,

dass unterschiedliche Modelle zur Verbesserung von Koordinierung und Kooperation bei der Beratung von Bürgerinnen und Bürgern bezüglich der Pflegebedürftigkeit und anderer Fragen im Umfeld von Pflegebedürftigkeit entwickelt und getestet werden können. Ferner erhalten die Kommunen im Rahmen der landesrechtlichen Regelungen für die Dauer von fünf Jahren ein Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten. Schließlich werden verpflichtend Rahmenvereinbarungen auf Landesebene zur Arbeit und zur Finanzierung von Pflegestützpunkten bei der Beratung von pflegebedürftigen Menschen eingeführt.

- Im SGB XII wird die an die Sozialhilfeträger gerichtete Verpflichtung zur Kooperation insbesondere mit Blick auf die Pflegekassen präzisiert. Ebenso werden die Altenhilfe nach § 71 SGB XII weiterentwickelt und präzisiert.
- Zur Wahrung der Identität der Pflegebedürftigkeitsbegriffe von SGB XI, SGB XII und dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) wird entsprechend dem SGB XI der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch für die Hilfe zur Pflege eingeführt. Die Hilfe zur Pflege bleibt in ihrer Funktion als ergänzende Leistung erhalten. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird gleichzeitig mit den Vorschriften im SGB XI sowohl in die Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des SGB XII als auch in die Hilfe zur Pflege nach dem BVG zum 1. Januar 2017 eingeführt.
- Um Unregelmäßigkeiten in der Abrechnung von Pflegeleistungen noch besser entgegenzutreten zu können, werden im SGB V sowie im SGB XI Regelungen zur Prävention, Aufdeckung und Bekämpfung von Abrechnungsbetrug eingeführt beziehungsweise ergänzt. Im Mittelpunkt stehen dabei neue Rechte zur Prüfung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Auftrag der Krankenkassen, die Weiterentwicklung bestehender Instrumente der Qualitätssicherung im Bereich der Pflegeversicherung sowie Ergänzungen zu Vertragsvoraussetzungen und zur Vertragserfüllung in den Landesrahmenverträgen der Pflegeselbstverwaltung.

Die Bundesregierung beziffert die mit dem PSG III verbundenen Mehrkosten für die soziale Pflegeversicherung, die gesetzliche Krankenversicherung sowie für die öffentlichen Haushalte mit insgesamt etwa 223 Millionen Euro jährlich.

## II. Zum Gang der Beratungen

Der Bundesrat hat in seiner 948. Sitzung am 23. September 2016 zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung umfangreich Stellung genommen (vgl. BR-Drucksache 410/16 (Beschluss)).

In seiner Sitzung am 1. Dezember 2016 hat der Deutsche Bundestag den Gesetzentwurf aufgrund der Beschlussempfehlung seines federführenden Gesundheitsausschusses (vgl. BT-Drucksache 18/10510) nach Maßgabe von Änderungen verabschiedet.

Von den Änderungsbegehren des Bundesrates aus dem ersten Durchgang sind insbesondere folgende in den Gesetzesbeschluss eingeflossen:

- Den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe wird ein Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten eingeräumt (§ 7c Absatz 1a SGB XI).
- Das Einvernehmlichkeitsprinzip in sektorenübergreifenden Beratungsausschüssen entfällt (§ 8a SGB XI).
- Die Regelungen zur Kooperation der Leistungsträger (Pflegekassen und Träger der Sozialhilfe) werden konkretisiert (§ 13 Absatz 4 SGB XI).
- Das Anerkennungserfordernis kommunaler Beratungspersonen durch die Pflegekassen und der Vergütungsausschluss werden gestrichen (§ 37 Absatz 3 SGB XI).
- Die Fördersummen für Maßnahmen zur Unterstützung Pflegebedürftiger im Alltag werden erhöht (§ 45c Absatz 1 und 2 SGB XI).
- Die Möglichkeit zur Übertragung von Fördermitteln aus dem Ausgleichsfonds zur Finanzierung von Projekten nach § 45c Absatz 6 SGB XI werden ausgeweitet.
- Die Maßnahmen zur ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger werden weiterentwickelt (§ 72 SGB XI).

- Die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege, insbesondere zu den Modellvorhaben, werden umgesetzt (§§ 123 und 124 SGB XI). Ziel der Modellvorhaben ist es, alle Beratungsangebote für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen miteinander zu verzahnen, so dass die Beratung von einer Stelle erbracht wird. Die Verteilung der insgesamt 60 Modellvorhaben auf die einzelnen Länder erfolgt nach dem Königsteiner Schlüssel. Von Ländern nicht in Anspruch genommene Modellvorhaben können an andere Länder abgetreten werden.
- Darüber hinaus erfolgen Klarstellungen im Medizinproduktegesetz (Artikel 17).

Neu in den Gesetzesbeschluss aufgenommen wurden Änderungen des Ergotherapeutengesetzes, des Hebammengesetzes, des Logopädengesetzes sowie des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes (Artikel 17a bis 17d). In den genannten Gesetzen wurden die Modellklauseln um weitere vier Jahre verlängert (vgl. BR-Drucksache 479/16 (Beschluss)).

Eingang in den Gesetzesbeschluss fanden auch Änderungen des Heilpraktikergesetzes und der Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz (Artikel 17e und Artikel 17f). Diese dienen dem Patientenschutz, indem die Qualität der Überprüfung der Heilpraktiker verbessert wird.

### III. Empfehlung des Gesundheitsausschusses

Der Ausschuss empfiehlt dem Bundesrat, dem Gesetz zuzustimmen.

Darüber hinaus empfiehlt der Ausschuss dem Bundesrat die Annahme einer EntschlieÙung, mit der die Bundesregierung aufgefordert werden soll, eine begleitende wissenschaftliche Evaluation unter Beteiligung der Länder einzurichten und dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat über die Ergebnisse dieser Untersuchung zu berichten. Im Rahmen der Evaluation sollen insbesondere Auswirkungen hinsichtlich folgender Aspekte untersucht werden:

- Brutto- und Nettoausgaben der Träger der Sozialhilfe für erbrachte Leistungen nach dem Siebten Kapitel des SGB XII im Vergleich zu den jeweiligen Ausgaben des Jahres 2016;

- Entwicklung der Anzahl der Leistungsberechtigten im Rahmen des Siebten Kapitels des SGB XII nach Pflegegraden, Leistungsart und -umfang sowie Versichertenstatus;
- Entwicklung der Anzahl der Leistungsberechtigten, die sowohl Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sechsten Kapitel als auch Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des SGB XII erhalten;
- Auswirkungen der Regelungen im SGB XI und SGB XII zur Abgrenzung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch sowie den Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege nach dem Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches.

Der Bericht über die Ergebnisse der Evaluation für die Jahre 2017 bis 2021 soll bis zum 30. Juni 2022 vorgelegt und veröffentlicht werden.

Einzelheiten sind der **BR-Drucksache 720/1/16** zu entnehmen.



**02.12.16**

**G**

**Gesetzesbeschluss**  
des Deutschen Bundestages

---

**Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III)**

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 206. Sitzung am 1. Dezember 2016 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit – Drucksache 18/10510 – den von der Bundesregierung eingebrachten

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

**– Drucksachen 18/9518, 18/9959 –**

in beigefügter Fassung angenommen.

---

Fristablauf: 23.12.16

Erster Durchgang: Drs. 410/16





**Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung  
und zur Änderung weiterer Vorschriften  
(Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III)**

Vom ...

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

**Artikel 1**

**Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch die Artikel 1, 2 und 8 Absatz 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
  - a) Der Angabe zu § 7c wird ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.
  - b) Die Angabe zu § 8a wird wie folgt gefasst:  
„§ 8a Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung“.
  - c) Die Angabe zu § 10 wird wie folgt gefasst:  
„§ 10 Berichtspflichten des Bundes und der Länder“.
  - d) Die Angabe zum Vierten Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Vierter Titel

Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen“.

- e) Die Angabe zu § 79 wird wie folgt gefasst:  
„§ 79 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen“.
- f) In der Angabe zu § 97a werden die Wörter „und Prüfstellen“ gestrichen.
- g) Nach der Angabe zu § 122 wird folgende Angabe eingefügt:

„Dreizehntes Kapitel

Befristete Modellvorhaben“.

- h) Die Angaben zu den §§ 123 und 124 werden wie folgt gefasst:  
„§ 123 Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, Verordnungsermächtigung  
§ 124 Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat“.
- i) Die Angaben zum bisherigen Dreizehnten, Vierzehnten und Fünfzehnten Kapitel werden die Angaben zum Vierzehnten, Fünfzehnten und Sechzehnten Kapitel.
- j) Die Angabe zum Zweiten Abschnitt des Sechzehnten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Zweiter Abschnitt

Sonstige Überleitungs-, Übergangs- und Besitzstandsschutzregelungen“.

1a. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 3 wird aufgehoben.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Zur Unterstützung der pflegebedürftigen Person bei der Ausübung ihres Wahlrechts nach § 2 Absatz 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse der antragstellenden Person auf Anforderung unverzüglich und in geeigneter Form eine Leistungs- und Preisvergleichsliste zu übermitteln; die Leistungs- und Preisvergleichsliste muss für den Einzugsbereich der antragstellenden Person, in dem die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll, die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a sowie Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers enthalten.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Landesverbände der Pflegekassen erarbeiten Nutzungsbedingungen für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung der Angaben nach Satz 1 durch Dritte; die Übermittlung der Angaben erfolgt gegen Verwaltungskostensersatz, es sei denn, es handelt sich bei den Dritten um öffentlich-rechtliche Stellen.“

1b. In § 7a Absatz 4 Satz 4 wird vor dem Punkt ein Semikolon und werden die Wörter „§ 94 Absatz 1 Nummer 8 gilt entsprechend“ eingefügt.

2. Nach § 7b Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Sofern kommunale Gebietskörperschaften, von diesen geschlossene Zweckgemeinschaften oder nach Landesrecht zu bestimmende Stellen

1. für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe oder

2. für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch

Pflegeberatung im Sinne von § 7a erbringen, sind sie Beratungsstellen, bei denen Pflegebedürftige nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Beratungsgutscheine einlösen können; sie haben die Empfehlungen nach § 7a Absatz 3 Satz 3 zu berücksichtigen und die Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1a zu beachten. Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen mit den in Satz 1 genannten Stellen vertragliche Vereinbarungen über die Vergütung. Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Sozialdaten gilt § 7a Absatz 6 entsprechend.“

3. § 7c wird wie folgt geändert:

a) Der Überschrift wird ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.

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

„(1a) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe können bis zum 31. Dezember 2021 auf Grund landesrechtlicher Vorschriften von den Pflegekassen und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten verlangen. Ist in der Vereinbarung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes oder in den Rahmenverträgen nach Absatz 6 nichts anderes vereinbart, werden die Aufwendungen, die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlich sind, von den Trägern des Pflegestützpunktes zu gleichen Teilen unter Berücksichtigung der anrechnungsfähigen Aufwendungen für das eingesetzte Personal getragen.“

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 Nummer 1 werden nach dem Wort „Hilfsangebote“ die Wörter „einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a“ eingefügt.
- bb) In Satz 6 Nummer 3 werden nach dem Wort „Organisationen“ die Wörter „sowie nicht gewerblichen, gemeinwohlorientierten Einrichtungen mit öffentlich zugänglichen Angeboten und insbesondere Selbsthilfe stärkender und generationenübergreifender Ausrichtung in kommunalen Gebietskörperschaften“ eingefügt.

d) Absatz 6 wird durch die folgenden Absätze 6 bis 8 ersetzt:

„(6) Sofern die zuständige oberste Landesbehörde die Einrichtung von Pflegestützpunkten bestimmt hat, vereinbaren die Landesverbände der Pflegekassen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch und den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte. Bestandskräftige Rahmenverträge gelten bis zum Inkrafttreten von Rahmenverträgen nach Satz 1 fort. Die von der zuständigen obersten Landesbehörde getroffene Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sowie die Empfehlungen nach Absatz 9 sind beim Abschluss der Rahmenverträge zu berücksichtigen. In den Rahmenverträgen nach Satz 1 sind die Strukturierung der Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten sowie die Zuständigkeit insbesondere für die Koordinierung der Arbeit, die Qualitätssicherung und die Auskunftspflicht gegenüber den Trägern, den Ländern und dem Bundesversicherungsamt zu bestimmen. Ferner sollen Regelungen zur Aufteilung der Kosten unter Berücksichtigung der Vorschriften nach Absatz 4 getroffen werden. Die Regelungen zur Kostenaufteilung gelten unmittelbar für die Pflegestützpunkte, soweit in den Verträgen zur Errichtung der Pflegestützpunkte nach Absatz 1 nichts anderes vereinbart ist.

(7) Die Landesregierungen werden ermächtigt, Schiedsstellen einzurichten. Diese setzen den Inhalt der Rahmenverträge nach Absatz 6 fest, sofern ein Rahmenvertrag nicht innerhalb der in der Rechtsverordnung nach Satz 6 zu bestimmenden Frist zustande kommt. Die Schiedsstelle besteht aus Vertretungen der Pflegekassen und der für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertretungen bestellt werden. § 76 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Frist, nach deren Ablauf die Schiedsstelle ihre Arbeit aufnimmt, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu regeln.

(8) Abweichend von Absatz 7 können die Parteien des Rahmenvertrages nach Absatz 6 Satz 1 einvernehmlich eine unparteiische Schiedsperson und zwei unparteiische Mitglieder bestellen, die den Inhalt des Rahmenvertrages nach Absatz 6 innerhalb von sechs Wochen nach ihrer Bestellung festlegen. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.“

e) Der bisherige Absatz 7 wird Absatz 9.

4. § 8a wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 8a

Gemeinsame Empfehlungen der pflegerischen Versorgung“.

b) Der Wortlaut wird Absatz 1.

c) Die folgenden Absätze 2 bis 5 werden angefügt:

„(2) Sofern nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften ein Ausschuss zur Beratung über sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Versorgung von Pflegebedürftigen (sektorenübergreifender

Landespflegeausschuss) eingerichtet worden ist, entsenden die Landesverbände der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften Vertreter in diesen Ausschuss und wirken an der Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit. Soweit erforderlich, ist eine Abstimmung mit dem Landesgremium nach § 90a des Fünften Buches herbeizuführen.

(3) Sofern nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften regionale Ausschüsse insbesondere zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung in Landkreisen und kreisfreien Städten eingerichtet worden sind, entsenden die Landesverbände der Pflegekassen Vertreter in diese Ausschüsse und wirken an der einvernehmlichen Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit.

(4) Die in den Ausschüssen nach den Absätzen 1 und 3 vertretenen Pflegekassen, Landesverbände der Pflegekassen sowie die sonstigen in Absatz 2 genannten Mitglieder wirken in dem jeweiligen Ausschuss an einer nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften vorgesehenen Erstellung und Fortschreibung von Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanungsempfehlung) mit. Sie stellen die hierfür erforderlichen Angaben bereit, soweit diese ihnen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben verfügbar sind und es sich nicht um personenbezogene Daten handelt. Die Mitglieder nach Satz 1 berichten den jeweiligen Ausschüssen nach den Absätzen 1 bis 3 insbesondere darüber, inwieweit diese Empfehlungen von den Landesverbänden der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausgesellschaften bei der Erfüllung der ihnen nach diesem und dem Fünften Buch übertragenen Aufgaben berücksichtigt wurden.

(5) Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 zur Weiterentwicklung der Versorgung sollen von den Vertragsparteien nach dem Siebten Kapitel beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und von den Vertragsparteien nach dem Achten Kapitel beim Abschluss der Vergütungsverträge einbezogen werden.“

5. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 10

Berichtspflichten des Bundes und der Länder“.

b) Der Wortlaut wird Absatz 1.

c) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Die Länder berichten dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 30. Juni über Art und Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen im vorausgegangenen Kalenderjahr sowie über die mit dieser Förderung verbundenen durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen.“

6. § 13 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „soweit dieses Buch nichts anderes bestimmt“ eingefügt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „behinderte Menschen“ durch die Wörter „Menschen mit Behinderungen“ ersetzt.

b) Absatz 3a wird aufgehoben.

c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Treffen Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe zusammen, vereinbaren mit Zustimmung des Leistungsberechtigten die zuständige Pflegekasse und der für die Eingliederungshilfe zuständige Träger,

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

Die bestehenden Wunsch- und Wahlrechte der Leistungsberechtigten bleiben unberührt und sind zu beachten. Die Ausführung der Leistungen erfolgt nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften. Soweit auch Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu erbringen sind, ist der für die Hilfe zur Pflege zuständige Träger zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe bis zum 1. Januar 2018 in einer Empfehlung Näheres zu den Modalitäten der Übernahme und der Durchführung der Leistungen sowie der Erstattung und zu der Beteiligung des für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägers. Die Länder, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Vereinigungen der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe auf Bundesebene sowie die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen sind vor dem Beschluss anzuhören. Die Empfehlung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.“

- d) Nach Absatz 4 werden die folgenden Absätze 4a und 4b eingefügt:

„(4a) Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte für ein Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe, bezieht der für die Durchführung eines Teilhabepflichtverfahrens oder Gesamtplanverfahrens verantwortliche Träger mit Zustimmung des Leistungsberechtigten die zuständige Pflegekasse in das Verfahren beratend mit ein, um die Vereinbarung nach Absatz 4 gemeinsam vorzubereiten.

(4b) Die Regelungen nach Absatz 3 Satz 3, Absatz 4 und 4a werden bis zum 1. Juli 2019 evaluiert.“

- 6a. In § 15 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „Anlage 1“ durch die Angabe „Anlage 2“ ersetzt.

- 6b. § 18 Absatz 6 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder ein von der Pflegekasse beauftragter Gutachter hat der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch Übersendung des vollständigen Gutachtens unverzüglich mitzuteilen.“

7. § 28a Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a, ohne dass § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfüllt sein muss,“.

- b) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 7 eingefügt:

„7. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44a,“.

- c) Die bisherige Nummer 7 wird Nummer 8.

8. In § 34 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz werden die Wörter „§ 66 Absatz 4 Satz 2“ durch die Wörter „§ 63b Absatz 6 Satz 1“ ersetzt.

9. In § 36 Absatz 4 Satz 1 werden nach den Wörtern „oder in einer Einrichtung“ die Wörter „oder in Räumlichkeiten“ eingefügt.

10. § 37 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden sind bei der Beratung auch auf die Auskunft-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen.“

bb) Im neuen Satz 6 wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 5“ ersetzt.

cc) Im neuen Satz 7 werden die Wörter „Sätze 3 bis 5“ durch die Wörter „Sätze 4 bis 6“ ersetzt.

b) Absatz 8 wird wie folgt gefasst:

„(8) Die Beratungsbesuche nach Absatz 3 können auch von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern im Sinne des § 7a oder von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegfachliche Kompetenz aufweisen, durchgeführt werden. Absatz 4 findet entsprechende Anwendung. Die Inhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 5 sind zu beachten.“

10a. In § 43 Absatz 1 wird das Komma und werden die Wörter „wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt“ gestrichen.

10b. Dem § 43 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 1 übernimmt die Pflegekasse auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, soweit der nach Satz 2 gewährte Leistungsbetrag die in Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigt.“

11. Die Überschrift des Vierten Titels des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:

#### „Vierter Titel

#### Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen“.

12. § 43a wird wie folgt gefasst:

#### „§ 43a

#### Inhalt der Leistung

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Absatz 2 genannten Aufwendungen 15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches vereinbarten Vergütung. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 266 Euro nicht überschreiten. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Neunten Buches erhalten. Wird für die Tage, an denen die Pflegebedürftigen im Sinne der Sätze 1 und 3 zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.“

13. § 45b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Anspruch auf den Entlastungsbetrag entsteht, sobald die in Absatz 1 Satz 1 genannten Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, ohne dass es einer vorherigen Antragstellung bedarf. Die Kostenerstattung in Höhe des Entlastungsbetrags nach Absatz 1 erhalten die Pflegebedürftigen von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen

Mittel gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 Satz 3 genannten Leistungen.“

- b) Die folgenden Absätze 3 und 4 werden angefügt:

„(3) Der Entlastungsbetrag nach Absatz 1 Satz 1 findet bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Absatz 3 Satz 1 keine Berücksichtigung. § 63b Absatz 1 des Zwölften Buches findet auf den Entlastungsbetrag keine Anwendung. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 darf der Entlastungsbetrag hinsichtlich der Leistungen nach § 64i oder § 66 des Zwölften Buches bei der Hilfe zur Pflege Berücksichtigung finden, soweit nach diesen Vorschriften Leistungen zu gewähren sind, deren Inhalte den Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 entsprechen.“

(4) Die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummern 1 bis 4 verlangte Vergütung darf die Preise für vergleichbare Sachleistungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nicht übersteigen. Näheres zur Ausgestaltung einer entsprechenden Begrenzung der Vergütung, die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 durch nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verlangt werden darf, können die Landesregierungen in der Rechtsverordnung nach § 45a Absatz 3 bestimmen.“

14. § 45c wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Darüber hinaus fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 10 Millionen Euro je Kalenderjahr die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken nach Absatz 9; Satz 2 gilt entsprechend. Fördermittel nach Satz 3, die in dem jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen nach Satz 1; dadurch erhöht sich auch das in Absatz 2 Satz 2 genannte Gesamtfördervolumen entsprechend.“

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „Satz 1“ eingefügt.

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Im Einvernehmen mit allen Fördergebern können Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften auch als Personal- oder Sachmittel eingebracht werden, sofern diese Mittel nachweislich ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den jeweiligen Förderzweck zu erreichen.“

- c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „werden die“ die Wörter „nach Absatz 1 Satz 1 und 2 zur Verfügung stehenden“ eingefügt.

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Nach Satz 2 übertragene Mittel, die am Ende des Folgejahres nicht in Anspruch genommen worden sind, können für Projekte, für die bis zum Stichtag nach Satz 5 mindestens Art, Region und geplante Förderhöhe konkret benannt werden, im darauf folgenden Jahr von Ländern beantragt werden, die im Jahr vor der Übertragung der Mittel nach Satz 2 mindestens 80 Prozent der auf sie nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel ausgeschöpft haben. Die Verausgabung der nach Satz 3 beantragten Fördermittel durch die Länder oder kommunalen Gebietskörperschaften darf sich für die entsprechend benannten Projekte über einen Zeitraum von maximal drei Jahren erstrecken. Der Ausgleichsfonds sammelt die nach Satz 3 eingereichten Anträge bis zum 30. April des auf das Folgejahr folgenden Jahres und stellt anschließend fest, in welchem Umfang die Mittel jeweils auf die beantragenden Länder entfallen. Die Auszahlung der Mittel für ein Projekt erfolgt, sobald für das Projekt eine konkrete Förderzusage durch das Land oder die kommunale Gebietskörperschaft vorliegt. Ist die Summe der bis zum 30. April beantragten Mittel insgesamt größer als der dafür vorhandene Mittelbestand, so werden die vorhandenen Mittel nach dem Königsteiner Schlüssel auf die beantragenden Länder verteilt. Nach dem 30. April eingehende Anträge werden in der Reihenfolge des Antrageingangs bearbeitet, bis die Fördermittel verbraucht sind. Fördermittel, die bis zum Ende des auf das Folgejahr folgenden Jahres nicht beantragt sind, verfallen.“

d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „Satz 1“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „festzulegen,“ die Wörter „welchen Anforderungen die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- oder Sachmittel genügen muss und“ eingefügt.

e) In Absatz 9 Satz 1 wird nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „Satz 3“ eingefügt und wird das Wort „auch“ gestrichen.

14a. § 51 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird nach dem Wort „unverzüglich“ das Wort „elektronisch“ eingefügt.

b) In Satz 2 wird das Wort „die“ durch die Wörter „sobald diese“ ersetzt und werden nach dem Wort „sechs“ die Wörter „insgesamt vollen“ eingefügt.

c) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesversicherungsamt und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. haben bis zum 31. Dezember 2017 Näheres über das elektronische Meldeverfahren zu vereinbaren.“

14b. In § 53b Absatz 2 Nummer 2 werden die Wörter „einer Pflegestufe“ durch die Wörter „einem Pflegegrad“ ersetzt.

15. § 71 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2 sind

1. stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung oder zur sozialen Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker Menschen oder von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen,
2. Krankenhäuser sowie
3. Räumlichkeiten,
  - a) in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht,
  - b) auf deren Überlassung das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet und
  - c) in denen der Umfang der Gesamtversorgung der dort wohnenden Menschen mit Behinderungen durch Leistungserbringer regelmäßig einen Umfang erreicht, der weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht; bei einer Versorgung der Menschen mit Behinderungen sowohl in Räumlichkeiten im Sinne der Buchstaben a und b als auch in Einrichtungen im Sinne der Nummer 1 ist eine Gesamtbetrachtung anzustellen, ob der Umfang der Versorgung durch Leistungserbringer weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, spätestens bis zum 1. Juli 2019 Richtlinien zur näheren Abgrenzung, wann die in Satz 1 Nummer 3 Buchstabe c genannten Merkmale vorliegen und welche Kriterien bei der Prüfung dieser Merkmale mindestens heranzuziehen sind. Die Richtlinien nach Satz 2 sind im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene zu beschließen; die Länder, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sind zu beteiligen. Für die Richtlinien nach Satz 2 gilt § 17 Absatz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Genehmigung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erteilt und die Genehmigung als erteilt gilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden.“



- 15a. In § 72 Absatz 2 Satz 1 werden nach der Angabe „(§ 71 Abs. 1 und 2)“ die Wörter „einschließlich für einzelne, eingestreute Pflegeplätze“ eingefügt und werden nach dem Wort „kann“ ein Komma und die Wörter „insbesondere zur Sicherstellung einer quartiersnahen Unterstützung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen,“ eingefügt.
16. § 75 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 2 werden nach dem Wort „einschließlich“ die Wörter „der Vertragsvoraussetzungen und der Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung,“ eingefügt.
    - bb) Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

„7. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen,“.
    - cc) In Nummer 9 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
    - dd) Die folgenden Nummern 10 und 11 werden angefügt:

„10. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für die Zahlung einer ortsüblichen Vergütung an die Beschäftigten nach § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2,

11. die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise bei den Vergütungsverhandlungen.“
  - b) In Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 wird das Wort „sozialen“ gestrichen.

17. § 79 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 79

Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen“.

- b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Die Landesverbände der Pflegekassen können eine Abrechnungsprüfung selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige durchführen lassen, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung fehlerhaft abrechnet. Die Abrechnungsprüfung bezieht sich

1. auf die Abrechnung von Leistungen, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden, sowie
2. auf die Abrechnung der Leistungen für Unterkunft und Verpflegung (§ 87).

Für die Abrechnungsprüfung sind Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie die Absätze 2 und 3 entsprechend anzuwenden.“

17a. § 84 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 4 werden nach dem Wort „erfüllen“ die Wörter „unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos“ angefügt.

- bb) In Satz 5 werden nach dem Wort „Bezahlung“ die Wörter „von Gehältern bis zur Höhe“ eingefügt.

- cc) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Für eine darüber hinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes.“

- b) In Absatz 7 Satz 1 werden die Wörter „der Beschäftigten nach tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechenden Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen“ durch die Wörter

„von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen“ ersetzt.

17b. § 85 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 3 Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Dabei sind insbesondere die in der Pflegesatzverhandlung geltend gemachten, voraussichtlichen Personalkosten einschließlich entsprechender Erhöhungen im Vergleich zum bisherigen Pflegesatzzeitraum vorzuweisen.“

b) In Absatz 5 Satz 1 wird nach dem Wort „unverzüglich“ ein Komma und werden die Wörter „in der Regel binnen drei Monaten,“ eingefügt.

17c. § 89 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 3 werden nach dem Wort „erfüllen“ die Wörter „unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos“ angefügt.

b) In Satz 4 werden nach dem Wort „Bezahlung“ die Wörter „von Gehältern bis zur Höhe“ eingefügt.

c) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Für eine darüber hinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes.“

17d. § 94 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 6 wird nach dem Wort „Wirtschaftlichkeit“ ein Komma und werden die Wörter „der Abrechnung“ eingefügt.

b) In Nummer 7 werden die Wörter „über Leistungen der Prävention und Teilhabe sowie über die Leistungen und Hilfen zur Pflege sowie über deren Erbringer“ gestrichen.

17e. In § 95 Absatz 1 Nummer 1 wird nach dem Wort „Wirtschaftlichkeit“ ein Komma und werden die Wörter „der Abrechnung“ eingefügt.

17f. § 97a wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „und Prüfstellen“ gestrichen.

b) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „sowie Sachverständige und Prüfinstitutionen im Sinne des § 114 Abs. 4 Satz 2“ gestrichen.

17g. In § 97d Absatz 2 Satz 1 und 2 wird das Wort „Rehabilitationsempfehlung“ jeweils durch die Wörter „Präventions- und Rehabilitationsempfehlung“ ersetzt.

18. In § 106a Satz 1 werden die Wörter „sowie beauftragte Pflegefachkräfte“ durch ein Komma und die Wörter „beauftragte Pflegefachkräfte sowie Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften“ ersetzt.

19. § 109 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 wird das Wort „betreute“ gestrichen und werden nach dem Wort „Wohnort“ die Wörter „Postleitzahl des Wohnorts vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung,“ eingefügt.

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Verordnung nach Absatz 1 Satz 1 hat sicherzustellen, dass die Pflegeeinrichtungen diesen Auskunftsverpflichtungen gemeinsam mit der Auskunftspflicht nach Absatz 1 durch eine einheitliche Auskunftserteilung nachkommen können.“

19a. In § 113a Absatz 4 Satz 1 wird nach dem Wort „Expertenstandards“ ein Komma und werden die Wörter „mit Ausnahme der Kosten für die qualifizierte Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6,“ eingefügt.

20. § 113b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „115 Absatz 1a und § 115a Absatz 1 und 2“ durch die Wörter „115 Absatz 1a und 1c sowie § 115a Absatz 1 und 2“ ersetzt.

- b) In Absatz 2 Satz 9 wird das Wort „beratend“ gestrichen.
- c) Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 wird wie folgt gefasst:
  - „6. bis zum 31. März 2018 ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln und zu erproben, insbesondere Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung sowie für eine angemessene Qualitätsberichterstattung zu entwickeln und ihre Eignung zu erproben.“
- d) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Nummer 9 werden nach dem Wort „Gesetz“ die Wörter „einschließlich der Erstattung von Reisekosten nach § 118 Absatz 1 Satz 6“ eingefügt.
  - bb) In Nummer 10 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „sowie für die Erstattung von Reisekosten nach § 118 Absatz 1 Satz 6; die Kosten können auch den Kosten der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 zugerechnet werden“ eingefügt.
- e) Nach Absatz 7 wird folgender Absatz 8 eingefügt:

„(8) Die Vertragsparteien nach § 113 sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen unverzüglich Auskunft über den Stand der Bearbeitung der mit gesetzlichen Fristen versehenen Aufgaben nach Absatz 1 Satz 2 und über den Stand der Auftragserteilung und Bearbeitung der nach Absatz 4 zu erteilenden Aufträge sowie über erforderliche besondere Maßnahmen zur Einhaltung der gesetzlichen Fristen zu geben. Die Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 15. Januar 2017 einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung der mit gesetzlichen Fristen versehenen Aufgaben nach Absatz 1 Satz 2 und der Aufträge nach Absatz 4 vor, aus dem einzelne Umsetzungsschritte erkennbar sind. Der Zeitplan ist durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Die Vertragsparteien nach § 113 sind verpflichtet, das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich zu informieren, wenn absehbar ist, dass ein Zeitziel des Zeitplans nicht eingehalten werden kann. In diesem Fall kann das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einzelne Umsetzungsschritte im Wege der Ersatzvornahme selbst vornehmen.“

- f) Der bisherige Absatz 8 wird Absatz 9.

20a. § 113c wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ durch die Wörter „des ab dem 1. Januar 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ ersetzt.
- b) Absatz 2 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene wirken beratend mit. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit.“

21. § 114 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 5 wird nach der Angabe „(§ 87)“ das Komma durch das Wort „und“ ersetzt und werden nach der Angabe „(§ 88)“ die Wörter „und der nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege“ gestrichen.
- b) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:
  - „Auch die nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind in die Regelprüfung einzubeziehen, unabhängig davon, ob von der Pflegeversicherung Leistungen nach § 36 erbracht werden.“
- c) Im neuen Satz 7 wird das Wort „Sie“ durch die Wörter „Die Regelprüfung“ ersetzt.

21a. § 114a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird das Wort „drohender“ durch das Wort „dringender“ ersetzt.

bb) In Satz 4 werden die Wörter „des Pflegebedürftigen auch in dessen“ durch die Wörter „der von dem Pflegedienst versorgten Person auch in deren“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Prüfungen beinhalten auch Inaugenscheinnahmen des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von durch die Pflegeeinrichtung versorgten Personen. Zum gesundheitlichen und pflegerischen Zustand der durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einbezogenen Personen können sowohl diese Personen selbst als auch Beschäftigte der Pflegeeinrichtungen, Betreuer und Angehörige sowie Mitglieder der heimrechtlichen Interessenvertretungen der Bewohnerinnen und Bewohner befragt werden. Bei der Beurteilung der Pflegequalität sind die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme von Personen nach Satz 1 und Befragungen der Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen sowie der durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einbezogenen Personen, ihrer Angehörigen und der vertretungsberechtigten Personen angemessen zu berücksichtigen. Die Teilnahme an Inaugenscheinnahmen und Befragungen ist freiwillig. Durch die Ablehnung dürfen keine Nachteile entstehen. Einsichtnahmen in Pflegedokumentationen, Inaugenscheinnahmen von Personen nach Satz 1 und Befragungen von Personen nach Satz 2 sowie die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einbezogenen Personen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts bedürfen der Einwilligung der betroffenen Personen.“

c) Absatz 3a wird wie folgt geändert:

aa) Dem Wortlaut werden die folgenden Sätze vorangestellt:

„Die Pflegeeinrichtungen haben im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht nach § 114 Absatz 1 Satz 4 insbesondere die Namen und Kontaktdaten der von ihnen versorgten Personen an die jeweiligen Prüfer weiterzuleiten. Die Prüfer sind jeweils verpflichtet, die durch Inaugenscheinnahme nach Absatz 3 Satz 1 in die Qualitätsprüfung einzubeziehenden Personen vor der Durchführung der Qualitätsprüfung in verständlicher Weise über die für die Einwilligung in die Prüfhandlungen nach Absatz 3 Satz 6 wesentlichen Umstände aufzuklären. Ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die die durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einzubeziehende Person in Textform erhält. Die Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen, dass die durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einzubeziehende Person ihre Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann.“

bb) Im neuen Satz 5 werden die Wörter „nach Absatz 2 oder 3“ durch die Wörter „nach Absatz 2 oder Absatz 3 kann erst nach Bekanntgabe der Einbeziehung der in Augenschein zu nehmenden Person in die Qualitätsprüfung erklärt werden und“ ersetzt und werden nach dem Wort „Weise“ die Wörter „gegenüber den Prüfern“ eingefügt.

cc) Der neue Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Ist die durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einzubeziehende Person einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, wobei dieser nach Maßgabe der Sätze 2 bis 4 aufzuklären ist.“

dd) Im neuen Satz 7 werden nach dem Wort „genügt“ die Wörter „nach einer den Maßgaben der Sätze 2 bis 4 entsprechenden Aufklärung durch die Prüfer“ eingefügt.

ee) Im neuen Satz 8 werden nach dem Wort „Einwilligung“ die Wörter „oder Nichteinwilligung“ eingefügt.

21b. Nach § 115 Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:

„(1c) Die Landesverbände der Pflegekassen haben Dritten für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung die Daten, die nach den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach Absatz 1a der Darstellung der Qualität zu Grunde liegen, sowie rückwirkend zum 1. Januar 2017 ab dem 1. April 2017 die Daten, die nach

den nach § 115a übergeleiteten Pflege-Transparenzvereinbarungen der Darstellung der Qualität bis zum Inkrafttreten der Qualitätsdarstellungsvereinbarungen zu Grunde liegen, auf Antrag in maschinen- und menschenlesbarer sowie plattformunabhängiger Form zur Verarbeitung und Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen. Das Nähere zu der Übermittlung der Daten an Dritte, insbesondere zum Datenformat, zum Datennutzungsvertrag, zu den Nutzungsrechten und den Pflichten des Nutzers bei der Verwendung der Daten, bestimmen die Vertragsparteien nach § 113 bis zum 31. März 2017 in Nutzungsbedingungen, die dem Datennutzungsvertrag unabdingbar zu Grunde zu legen sind. Mit den Nutzungsbedingungen ist eine nicht missbräuchliche, nicht wettbewerbsverzerrende und manipulationsfreie Verwendung der Daten sicherzustellen. Der Dritte hat zu gewährleisten, dass die Herkunft der Daten für die Endverbraucherin oder den Endverbraucher transparent bleibt. Dies gilt insbesondere, wenn eine Verwendung der Daten in Zusammenhang mit anderen Daten erfolgt. Für die Informationen nach Absatz 1b gelten die Sätze 1 bis 4 entsprechend. Die Übermittlung der Daten erfolgt gegen Ersatz der entstehenden Verwaltungskosten, es sei denn, es handelt sich bei den Dritten um öffentlich-rechtliche Stellen. Die entsprechenden Aufwendungen sind von den Landesverbänden der Pflegekassen nachzuweisen.“

22. § 118 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 Nummer 2 werden nach den Wörtern „sowie der“ die Wörter „Vereinbarungen und Beschlüsse nach § 113c und der“ eingefügt.

b) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Bei den durch den Qualitätsausschuss nach § 113b zu treffenden Entscheidungen erhalten diese Organisationen das Recht, Anträge zu stellen. Der Qualitätsausschuss nach § 113b hat über solche Anträge in der nächsten Sitzung zu beraten. Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden. Ehrenamtlich Tätige, die von den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach Maßgabe einer auf Grund des Absatzes 2 erlassenen Verordnung in die Gremien des Qualitätsausschusses nach § 113b entsandt werden, damit sie dort die in den Sätzen 1 und 3 genannten Rechte dieser Organisationen wahrnehmen, haben Anspruch auf Erstattung der Reisekosten, die ihnen durch die Entsendung entstanden sind. Das Nähere zur Erstattung der Reisekosten regeln die Vereinbarungspartner in der Geschäftsordnung nach § 113b Absatz 7.“

22a. Dem § 121 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Die für die Verfolgung und Ahndung der Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 Nummer 1 und 6 zuständige Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a oder Absatz 2 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten kann die zur Ermittlung des Sachverhalts erforderlichen Auskünfte, auch elektronisch und als elektronisches Dokument, bei den nach § 51 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 Meldepflichtigen einholen. Diese sollen bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken. Sie sollen insbesondere ihnen bekannte Tatsachen und Beweismittel angeben. Eine weitergehende Pflicht, bei der Ermittlung des Sachverhalts mitzuwirken, insbesondere eine Pflicht zum persönlichen Erscheinen oder zur Aussage, besteht nur, soweit sie durch Rechtsvorschrift besonders vorgesehen ist.“

23. Nach § 122 wird folgende Überschrift eingefügt:

### „Dreizehntes Kapitel Befristete Modellvorhaben“.

24. Die §§ 123 und 124 werden wie folgt gefasst:

„§ 123

**Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen,  
Verordnungsermächtigung**

(1) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch können Modellvorhaben zur Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen für ihren Zuständigkeitsbereich bei der zuständigen obersten Landesbehörde beantragen, sofern dies nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften vorgesehen ist. Ist als überörtlicher Träger für die Hilfe zur Pflege durch landesrechtliche Vorschriften das Land bestimmt, können die örtlichen Träger der Sozialhilfe, die im Auftrag des Landes die Hilfe zur Pflege durchführen, Modellvorhaben nach Satz 1 beantragen. Sofern sich die Zuständigkeit des jeweiligen Trägers der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch auf mehrere Kreise erstreckt, soll sich das Modellvorhaben auf einen Kreis oder eine kreisfreie Stadt beschränken. Für Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, ist das Modellvorhaben auf jeweils einen Stadtbezirk zu beschränken. Die Modellvorhaben umfassen insbesondere die Übernahme folgender Aufgaben durch eigene Beratungsstellen:

1. die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c,
2. die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 und
3. Pflegekurse nach § 45.

Die §§ 7a bis 7c, § 17 Absatz 1a, § 37 Absatz 3 Satz 1, 2, 3, 6 erster Halbsatz, Satz 7 und Absatz 4 sowie § 45 gelten entsprechend. In den Modellvorhaben ist eine Zusammenarbeit bei der Beratung nach Satz 5 Nummer 1 und 2 insbesondere mit der Beratung zu Leistungen der Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch und der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch sowie mit der Beratung zu Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, zur rechtlichen Betreuung, zu behindertengerechten Wohnangeboten, zum öffentlichen Nahverkehr und zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements sicherzustellen.

(2) Dem Antrag nach Absatz 1 ist ein Konzept beizufügen, wie die Aufgaben durch die Beratungsstellen wahrgenommen werden und mit welchen eigenen sächlichen, personellen und finanziellen Mitteln die Beratungsstellen ausgestattet werden. Eine Zusammenarbeit mit den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, ist anzustreben und im Konzept nachzuweisen. Das Nähere, insbesondere zu den Anforderungen an die Beratungsstellen und an die Anträge nach Absatz 1 sowie zum Widerruf einer Genehmigung nach § 124 Absatz 2 Satz 1, ist bis zum 31. Dezember 2018 durch landesrechtliche Vorschriften zu regeln.

(3) Die zuständige oberste Landesbehörde kann höchstens so viele Modellvorhaben genehmigen, wie ihr nach dem Königsteiner Schlüssel, der für das Jahr 2017 im Bundesanzeiger veröffentlicht ist, bei einer Gesamtzahl von insgesamt 60 Modellvorhaben zustehen. Der Antrag kann genehmigt werden, wenn die Anforderungen nach den Absätzen 1 und 2 in Verbindung mit den landesrechtlichen Vorgaben im Sinne des Absatzes 2 Satz 3 erfüllt sind. Den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene und den Landesverbänden der Pflegekassen ist zu jedem Antrag vor der Genehmigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Länder insgesamt sollen bei der Genehmigung sicherstellen, dass die Hälfte aller bewilligten Modellvorhaben durch Antragsteller nach Absatz 1 durchgeführt wird, die keine mehrjährigen Erfahrungen in strukturierter Zusammenarbeit in der Beratung aufweisen. Länder, die innerhalb der in Absatz 2 Satz 3 genannten Frist keine landesrechtlichen Regelungen getroffen haben oder die die ihnen zustehenden Modellvorhaben nicht nutzen wollen, treten die ihnen zustehenden Modellvorhaben an andere Länder ab. Die Verteilung der nicht in Anspruch genommenen Modellvorhaben auf die anderen Länder wird von den Ländern im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bestimmt.

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt nach Anhörung der kommunalen Spitzenverbände sowie der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und ihrer Angehörigen sowie des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Die Empfehlungen sind bis zum 30. Juni 2017 vorzulegen und bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Das Bundesminis-

terium für Gesundheit trifft seine Entscheidung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Zur Begleitung der Modellvorhaben eines Landes kann die oberste Landesbehörde einen Beirat einrichten, der insbesondere aus den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene und den Landesverbänden der Pflegekassen besteht. Aufgaben des Beirates sind insbesondere, die oberste Landesbehörde bei der Klärung fachlicher und verfahrensbezogener Fragen zu beraten, sowie der Austausch der Mitglieder untereinander über die Unterstützung der Modellvorhaben in eigener Zuständigkeit.

(5) Ist ein Antrag nach Absatz 3 Satz 2 genehmigt, trifft der Antragsteller mit den Landesverbänden der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich eine Vereinbarung

1. zur Zusammenarbeit,
2. zur Einbeziehung bestehender Beratungs- und Kursangebote,
3. zu Nachweis- und Berichtspflichten gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen,
4. zum Übergang der Beratungsaufgaben auf die Beratungsstellen nach Absatz 1 Satz 5,
5. zur Haftung für Schäden, die den Pflegekassen durch fehlerhafte Beratung entstehen, und
6. zur Beteiligung der Pflegekassen mit sächlichen, personellen und finanziellen Mitteln.

Der Beitrag der Pflegekassen nach Satz 1 Nummer 6 darf den Aufwand nicht übersteigen, der entstehen würde, wenn sie die Aufgaben anstelle der Antragsteller nach Absatz 1 im selben Umfang selbst erbringen würden. Grundlage hierfür sind die bisherigen Ausgaben der Pflegekassen für die Aufgabenerfüllung nach Absatz 1 Satz 5. Die Landesregierungen werden ermächtigt, Schiedsstellen entsprechend § 7c Absatz 7 Satz 1 bis 4 einzurichten und eine Rechtsverordnung entsprechend § 7c Absatz 7 Satz 5 zu erlassen. Abweichend von Satz 4 können die Parteien der Vereinbarung nach Satz 1 einvernehmlich eine unparteiische Schiedsperson und zwei unparteiische Mitglieder bestellen, die den Inhalt der Vereinbarung nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen nach ihrer Bestellung festlegen. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Parteien der Vereinbarung zu gleichen Teilen. Kommt eine Einigung der Landesverbände der Pflegekassen untereinander nicht zustande, erfolgt die Beschlussfassung durch die Mehrheit der in § 52 Absatz 1 Satz 1 genannten Stellen.

(6) Mit dem Inkrafttreten der Vereinbarung nach Absatz 5 Satz 1 geht die Verantwortung für die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c und für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 von anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen mit Wohnort im Bereich der örtlichen Zuständigkeit der Beratungsstelle und von deren Angehörigen sowie für die Pflegekurse nach § 45 auf den Antragsteller nach Absatz 1 über. Die Antragsteller können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben Dritter bedienen. Die Erfüllung der Aufgaben durch Dritte ist im Konzept nach Absatz 2 darzulegen. Sofern sie sich für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 Dritter bedienen, ist die Leistungserbringung allen in § 37 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 8 genannten Einrichtungen zu ermöglichen.

(7) Während der Durchführung des Modellvorhabens weist der Antragsteller gegenüber der obersten Landesbehörde und den am Vertrag beteiligten Landesverbänden der Pflegekassen die Höhe der eingebrachten sächlichen und personellen Mittel je Haushaltsjahr nach. Diese Mittel dürfen die durchschnittlich aufgewendeten Verwaltungsausgaben für die Hilfe zur Pflege und die Eingliederungshilfe bezogen auf den einzelnen Empfänger und für die Altenhilfe bezogen auf alte Menschen im Haushaltsjahr vor Beginn des Modellvorhabens nicht unterschreiten. Die Mittel sind auf der Grundlage der Haushaltsaufstellung im Konzept nach Absatz 2 Satz 1 nachzuweisen.

## § 124

### Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat

(1) Anträge zur Durchführung von Modellvorhaben können bis zum 31. Dezember 2019 gestellt werden. Modellvorhaben nach diesem Kapitel sind auf fünf Jahre zu befristen.

(2) Die Genehmigung zur Durchführung eines Modellvorhabens ist zu widerrufen, wenn die in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Aufgaben oder die nach § 123 Absatz 5 Satz 1 vereinbarten oder die in § 123 Absatz 5 Satz 2 oder Absatz 7 festgelegten Anforderungen nicht oder nicht in vollem Umfang erfüllt werden.

Eine Klage gegen den Widerruf hat keine aufschiebende Wirkung. Die zuständige oberste Landesbehörde überprüft die Erfüllung der Aufgaben nach § 123 Absatz 1 anhand der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung nach Absatz 3 zum Abschluss des jeweiligen Haushaltsjahres. Sie überprüft die Erfüllung der Anforderungen nach § 123 Absatz 7 anhand der jeweiligen Haushaltspläne.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die für die Modellvorhaben nach § 123 Absatz 1 Satz 1 zuständigen obersten Landesbehörden veranlassen gemeinsam im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit den kommunalen Spitzenverbänden eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung aller Modellvorhaben durch unabhängige Sachverständige. Die Auswertung erfolgt nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Beratung im Vergleich zur Beratung vor Beginn des jeweiligen Modellvorhabens und außerhalb der Modellvorhaben. Die Auswertung schließt einen Vergleich mit den Beratungsangeboten der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung jeweils außerhalb der Modellvorhaben ein. Die unabhängigen Sachverständigen haben einen Zwischenbericht und einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Auswertungen zu erstellen. Der Zwischenbericht ist spätestens am 31. Dezember 2023 und der Abschlussbericht spätestens am 31. Juli 2026 zu veröffentlichen. Die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und der Auswertung der Modellvorhaben tragen je zur Hälfte die für diese Modellvorhaben zuständigen obersten Landesbehörden gemeinsam und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dessen Beitrag aus Mitteln des Ausgleichsfonds nach § 65 zu finanzieren ist.

(4) Die nach Landesrecht zuständigen Stellen begleiten die Modellvorhaben über die gesamte Laufzeit und sorgen für einen bundesweiten Austausch der Modellvorhaben untereinander unter Beteiligung der für die Begleitung und Auswertung nach Absatz 3 zuständigen unabhängigen Sachverständigen sowie des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der kommunalen Spitzenverbände. Bei der Organisation und Durchführung des Austausches können sich die nach Landesrecht zuständigen Stellen von den unabhängigen Sachverständigen unterstützen lassen, die die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung nach Absatz 3 durchführen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat zur Begleitung der Modellvorhaben im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit ein. Der Beirat tagt mindestens zweimal jährlich und berät den Sachstand der Modellvorhaben. Ihm gehören Vertreterinnen und Vertreter der kommunalen Spitzenverbände, der Länder, der Pflegekassen, der Wissenschaft, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend an.“

24a. § 134 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden die Wörter „des Versorgungsfonds des Bundes“ durch die Wörter „für die Sondervermögen „Versorgungsrücklage des Bundes“, „Versorgungsfonds des Bundes“, „Versorgungsfonds der Bundesagentur für Arbeit“ und „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ (Anlagerichtlinien Sondervermögen)“ ersetzt.
- b) In Satz 3 werden die Wörter „§ 4a der Anlagerichtlinien des Versorgungsfonds des Bundes“ durch die Wörter „§ 5 der Anlagerichtlinien für die Sondervermögen „Versorgungsrücklage des Bundes“, „Versorgungsfonds des Bundes“, „Versorgungsfonds der Bundesagentur für Arbeit“ und „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ (Anlagerichtlinien Sondervermögen)“ ersetzt.

25. § 141 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Für den Zuschlag auf den Entlastungsbetrag gilt § 45b Absatz 3 entsprechend. Bei Versicherten, die keinen Anspruch auf einen Zuschlag haben und deren Ansprüche nach § 45b zum 1. Januar 2017 von 208 Euro auf 125 Euro monatlich abgesenkt werden, sind zur Sicherstellung des Besitzstandsschutzes monatlich Leistungen der Pflegeversicherung in Höhe von bis zu 83 Euro nicht auf Fürsorgeleistungen zur Pflege anzurechnen.“

- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird vor dem Wort „Zuschlag“ das Wort „monatlicher“ eingefügt.

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:



„Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn der Leistungsbetrag nach § 43 Absatz 2 Satz 2 die in § 43 Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigt und zur Finanzierung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eingesetzt worden ist.“

cc) Nach dem neuen Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Pflegekassen teilen die Höhe des monatlichen Zuschlages nach Satz 1 sowie jede Änderung der Zuschlagshöhe den Pflegebedürftigen schriftlich mit.“

dd) Der neue Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Die Sätze 1 bis 5 gelten entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.“

c) Nach Absatz 3 werden die folgenden Absätze 3a bis 3c eingefügt:

„(3a) Für Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 1 und 2 in Anspruch nehmen, gilt der am 31. Dezember 2016 gezahlte Pflegesatz für die Dauer der Kurzzeitpflege fort. Nehmen Pflegebedürftige am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 und nach dem Ende der Kurzzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts auch Sachleistungen der vollstationären Pflege nach § 43 in derselben Einrichtung in Anspruch, so ermittelt sich der von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung nach Absatz 3 Satz 1 von Amts wegen ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege nach § 43 zu zahlende monatliche Zuschlag aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 und dem individuellen Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen im Monat Dezember 2016 in der Einrichtung zu tragen gehabt hätten. Absatz 3 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.

(3b) Wechseln Pflegebedürftige im Sinne der Absätze 3 und 3a zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2021 die vollstationäre Pflegeeinrichtung, so ermittelt sich der von der Pflegekasse an die neue Pflegeeinrichtung nach Absatz 3 Satz 1 von Amts wegen ab dem Zeitpunkt des Wechsels zu zahlende monatliche Zuschlag aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3, den die Pflegebedürftigen im Monat Januar 2017 in der neuen Einrichtung zu tragen haben oder zu tragen gehabt hätten, und dem individuellen Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen im Monat Dezember 2016 in der neuen Einrichtung zu tragen gehabt hätten. Bei einem Wechsel in eine neu zugelassene, vollstationäre Pflegeeinrichtung, die erstmalig ab 1. Januar 2017 oder später eine Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen hat, behalten Pflegebedürftige mit ihrem Wechsel ihren nach Absatz 3 ermittelten, monatlichen Zuschlagsbetrag. Absatz 3 Satz 2 bis 6 gilt entsprechend.

(3c) Erhöht sich der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 für Pflegebedürftige im Sinne der Absätze 3, 3a und 3b im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017, findet Absatz 3 entsprechende Anwendung, sofern sich die Erhöhung aus der erstmaligen Vereinbarung der neuen Pflegesätze im Rahmen der Überleitung, Einführung und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergibt. Dies gilt auch für Pflegebedürftige, die im Dezember 2016 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt wurden, und die durch die Erhöhung erstmals einen höheren einrichtungseinheitlichen Eigenanteil zu tragen hätten im Vergleich zum jeweiligen individuellen Eigenanteil im Dezember 2016. Der Vergleichsberechnung ist neben dem Monat Dezember 2016 der Monat im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017 zugrunde zu legen, in dem der einrichtungseinheitliche Eigenanteil erstmalig höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Monat Dezember 2016 ist oder in den Fällen des Absatzes 3a gewesen wäre.“

d) Folgender Absatz 8 wird angefügt:

„(8) Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß § 91 Absatz 2 in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrages, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. Dies gilt entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.“

26. Dem § 144 werden die folgenden Absätze 3 bis 5 angefügt:

„(3) Soweit Versicherte im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 oder Absatz 1a in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfüllt haben und ab dem 1. Januar 2017 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung erfüllen, können sie Leistungsbeträge nach § 45b, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 nicht zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt haben, bis zum 31. Dezember 2018 zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung einsetzen. Die in Satz 1 genannten Mittel können ebenfalls zur nachträglichen Kostenerstattung für Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt werden, die von den Anspruchsberechtigten in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 bezogen worden sind. Die Kostenerstattung nach Satz 2 ist bis zum Ablauf des 31. Dezember 2018 zu beantragen. Dem Antrag sind entsprechende Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der bezogenen Leistungen beizufügen.

(4) Die im Jahr 2015 gemäß § 45c zur Verfügung gestellten Fördermittel, die nach § 45c Absatz 5 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung auf das Folgejahr 2016 übertragen und bis zum Ende des Jahres 2016 in den Ländern nicht in Anspruch genommen worden sind, können im Jahr 2017 gemäß § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung von den Ländern beantragt werden, die im Jahr 2015 mindestens 80 Prozent der auf sie gemäß § 45c Absatz 5 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel ausgeschöpft haben.

(5) In Fällen, in denen am 31. Dezember 2016 der Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung mit Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz oder dem Achten Buch bereits zusammentrifft, muss eine Vereinbarung nach § 13 Absatz 4 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung nur dann abgeschlossen werden, wenn einer der beteiligten Träger oder der Leistungsbezieher dies verlangt. Trifft der Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung außerdem mit Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder dem Bundesversorgungsgesetz zusammen, gilt Satz 1 entsprechend.“

27. Das bisherige Dreizehnte, Vierzehnte und Fünfzehnte Kapitel wird das Vierzehnte, Fünfzehnte und Sechzehnte Kapitel.
28. Die Überschrift des Zweiten Abschnitts des Sechzehnten Kapitels wird wie folgt gefasst:

#### „Zweiter Abschnitt

#### Sonstige Überleitungs-, Übergangs- und Besitzstandsschutzregelungen“.

29. Folgender § 145 wird angefügt:

#### „§ 145

##### Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen in häuslicher Pflege

Für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die am 1. Januar 2017 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege haben und in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung keine Anwendung findet, findet § 43a auch in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung keine Anwendung. Wechseln diese pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen nach dem 1. Januar 2017 die Wohnform, findet Satz 1 keine Anwendung, solange sie in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung Anwendung gefunden hätte, wenn sie am 1. Januar 2017 in einer solchen Wohnform gelebt hätten.“

30. In Anlage 1 zu § 15 werden in der Tabelle „Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11“ die Wörter „ein- bis zweimal täglich“ durch die Wörter „ein- bis unter dreimal täglich“ ersetzt.

## Artikel 2

### Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2557) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:

a) Die Angaben zum Siebten Kapitel werden wie folgt gefasst:

„Siebtes Kapitel

Hilfe zur Pflege

- § 61 Leistungsberechtigte
- § 61a Begriff der Pflegebedürftigkeit
- § 61b Pflegegrade
- § 61c Pflegegrade bei Kindern
- § 62 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit
- § 62a Bindungswirkung
- § 63 Leistungen für Pflegebedürftige
- § 63a Notwendiger pflegerischer Bedarf
- § 63b Leistungskonkurrenz
- § 64 Vorrang
- § 64a Pflegegeld
- § 64b Häusliche Pflegehilfe
- § 64c Verhinderungspflege
- § 64d Pflegehilfsmittel
- § 64e Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes
- § 64f Andere Leistungen
- § 64g Teilstationäre Pflege
- § 64h Kurzzeitpflege
- § 64i Entlastungsbetrag bei den Pflegegraden 2, 3, 4 oder 5
- § 65 Stationäre Pflege
- § 66 Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1“.

b) Die folgenden Angaben werden angefügt:

„§ 137 Überleitung in Pflegegrade zum 1. Januar 2017

§ 138 Übergangsregelung für Pflegebedürftige aus Anlass des Dritten Pflegestärkungsgesetzes“.

2. § 4 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 wird die Angabe „§ 92c“ durch die Angabe „§ 7c“ ersetzt.
- b) Folgender Satz wird angefügt:  
„Die Rahmenverträge nach § 7a Absatz 7 des Elften Buches sind zu berücksichtigen und die Empfehlungen nach § 8a des Elften Buches sollen berücksichtigt werden.“
3. In § 39 Satz 3 Nummer 2 wird die Angabe „§ 61“ durch die Angabe „§ 61a“ ersetzt.
4. § 50 Nummer 4 wird wie folgt gefasst:  
„4. häusliche Pflege nach den §§ 64c und 64f sowie die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson“.
5. Das Siebte Kapitel wird wie folgt gefasst:

## „Siebtes Kapitel

### Hilfe zur Pflege

#### § 61

##### Leistungsberechtigte

Personen, die pflegebedürftig im Sinne des § 61a sind, haben Anspruch auf Hilfe zur Pflege, soweit ihnen und ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern nicht zuzumuten ist, dass sie die für die Hilfe zur Pflege benötigten Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nach den Vorschriften des Elften Kapitels aufbringen. Sind die Personen minderjährig und unverheiratet, so sind auch das Einkommen und das Vermögen ihrer Eltern oder eines Elternteils zu berücksichtigen.

#### § 61a

##### Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Pflegebedürftige Personen im Sinne des Satzes 1 können körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen.

(2) Maßgeblich für die Beurteilung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten sind die folgenden Bereiche mit folgenden Kriterien:

1. Mobilität mit den Kriterien
  - a) Positionswechsel im Bett,
  - b) Halten einer stabilen Sitzposition,
  - c) Umsetzen,
  - d) Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs,
  - e) Treppensteigen;
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten mit den Kriterien
  - a) Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld,
  - b) örtliche Orientierung,
  - c) zeitliche Orientierung,
  - d) Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen,

- e) Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen,
  - f) Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben,
  - g) Verstehen von Sachverhalten und Informationen,
  - h) Erkennen von Risiken und Gefahren,
  - i) Mitteilen von elementaren Bedürfnissen,
  - j) Verstehen von Aufforderungen,
  - k) Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen mit den Kriterien
- a) motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten,
  - b) nächtliche Unruhe,
  - c) selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten,
  - d) Beschädigen von Gegenständen,
  - e) physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen,
  - f) verbale Aggression,
  - g) andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten,
  - h) Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen,
  - i) Wahnvorstellungen,
  - j) Ängste,
  - k) Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage,
  - l) sozial inadäquate Verhaltensweisen,
  - m) sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung mit den Kriterien
- a) Waschen des vorderen Oberkörpers,
  - b) Körperpflege im Bereich des Kopfes,
  - c) Waschen des Intimbereichs,
  - d) Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare,
  - e) An- und Auskleiden des Oberkörpers,
  - f) An- und Auskleiden des Unterkörpers,
  - g) mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken,
  - h) Essen,
  - i) Trinken,
  - j) Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls,
  - k) Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma,
  - l) Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma,
  - m) Ernährung parenteral oder über Sonde,
  - n) Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen in Bezug auf
  - a) Medikation,
  - b) Injektionen,
  - c) Versorgung intravenöser Zugänge,
  - d) Absaugen und Sauerstoffgabe,
  - e) Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen,
  - f) Messung und Deutung von Körperzuständen,
  - g) körpernahe Hilfsmittel,
  - h) Verbandswechsel und Wundversorgung,
  - i) Versorgung mit Stoma,
  - j) regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden,
  - k) Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
  - l) zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung,
  - m) Arztbesuche,
  - n) Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen,
  - o) zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen,
  - p) Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern,
  - q) Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit den Kriterien
  - a) Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen,
  - b) Ruhen und Schlafen,
  - c) Sichbeschäftigen,
  - d) Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen,
  - e) Interaktion mit Personen im direkten Kontakt,
  - f) Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

#### § 61b

##### Pflegegrade

(1) Für die Gewährung von Leistungen der Hilfe zur Pflege sind pflegebedürftige Personen entsprechend den im Begutachtungsverfahren nach § 62 ermittelten Gesamtpunkten in einen der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten entsprechenden Pflegegrad einzuordnen:

1. Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte),
2. Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte),
3. Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte),

4. Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte),
5. Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte).

(2) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.

#### § 61c

##### Pflegegrade bei Kindern

(1) Bei pflegebedürftigen Kindern, die 18 Monate oder älter sind, ist für die Einordnung in einen Pflegegrad nach § 61b der gesundheitlich bedingte Grad der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten im Verhältnis zu altersentsprechend entwickelten Kindern maßgebend.

(2) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten sind in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. Pflegegrad 2: ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte,
2. Pflegegrad 3: ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte,
3. Pflegegrad 4: ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte,
4. Pflegegrad 5: ab 70 bis 100 Gesamtpunkte.

#### § 62

##### Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit

Die Ermittlung des Pflegegrades erfolgt durch ein Begutachtungsinstrument nach Maßgabe des § 15 des Elften Buches. Die auf Grund des § 16 des Elften Buches erlassene Verordnung sowie die auf Grund des § 17 des Elften Buches erlassenen Richtlinien der Pflegekassen finden entsprechende Anwendung.

#### § 62a

##### Bindungswirkung

Die Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad ist für den Träger der Sozialhilfe bindend, soweit sie auf Tatsachen beruht, die bei beiden Entscheidungen zu berücksichtigen sind. Bei seiner Entscheidung kann sich der Träger der Sozialhilfe der Hilfe sachverständiger Dritter bedienen. Auf Anforderung unterstützt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung den Träger der Sozialhilfe bei seiner Entscheidung und erhält hierfür Kostenersatz, der zu vereinbaren ist.

#### § 63

##### Leistungen für Pflegebedürftige

- (1) Die Hilfe zur Pflege umfasst für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5
  1. häusliche Pflege in Form von
    - a) Pflegegeld (§ 64a),
    - b) häuslicher Pflegehilfe (§ 64b),

- c) Verhinderungspflege (§ 64c),
  - d) Pflegehilfsmitteln (§ 64d),
  - e) Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 64e),
  - f) anderen Leistungen (§ 64f),
2. teilstationäre Pflege (§ 64g),
  3. Kurzzeitpflege (§ 64h),
  4. einen Entlastungsbetrag (§ 64i) und
  5. stationäre Pflege (§ 65).

Die Hilfe zur Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein.

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

1. Pflegehilfsmittel (§ 64d),
2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 64e) und
3. einen Entlastungsbetrag (§ 66).

(3) Die Leistungen der Hilfe zur Pflege sind auf Antrag auch als Teil eines Persönlichen Budgets zu erbringen. § 17 Absatz 2 bis 4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 Absatz 5 des Neunten Buches sind insoweit anzuwenden.

#### § 63a

##### Notwendiger pflegerischer Bedarf

Die Träger der Sozialhilfe haben den notwendigen pflegerischen Bedarf zu ermitteln und festzustellen.

#### § 63b

##### Leistungskonkurrenz

(1) Leistungen der Hilfe zur Pflege werden nicht erbracht, soweit Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten.

(2) Abweichend von Absatz 1 sind Leistungen nach § 72 oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften mit 70 Prozent auf das Pflegegeld nach § 64a anzurechnen. Leistungen nach § 45b des Elften Buches gehen den Leistungen nach den §§ 64i und 66 vor; auf die übrigen Leistungen der Hilfe zur Pflege werden sie nicht angerechnet.

(3) Pflegebedürftige haben während ihres Aufenthalts in einer teilstationären oder vollstationären Einrichtung dort keinen Anspruch auf häusliche Pflege. Abweichend von Satz 1 kann das Pflegegeld nach § 64a während einer teilstationären Pflege nach § 64g oder einer vergleichbaren nicht nach diesem Buch durchgeführten Maßnahme angemessen gekürzt werden.

(4) Absatz 3 Satz 1 gilt nicht für vorübergehende Aufenthalte in einem Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches oder in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches, soweit Pflegebedürftige ihre Pflege durch von ihnen selbst beschäftigte besondere Pflegekräfte (Arbeitgebermodell) sicherstellen. Die vorrangigen Leistungen des Pflegegeldes für selbst beschaffte Pflegehilfen nach den §§ 37 und 38 des Elften Buches sind anzurechnen. § 39 des Fünften Buches bleibt unberührt.

(5) Das Pflegegeld kann um bis zu zwei Drittel gekürzt werden, soweit die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich ist, Pflegebedürftige Leistungen der Verhinderungspflege nach § 64c oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten.



(6) Pflegebedürftige, die ihre Pflege im Rahmen des Arbeitgebermodells sicherstellen, können nicht auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen nach dem Elften Buch verwiesen werden. In diesen Fällen ist das geleistete Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege anzurechnen.

(7) Leistungen der stationären Pflege nach § 65 werden auch bei einer vorübergehenden Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus der stationären Einrichtung erbracht, solange die Voraussetzungen des § 87a Absatz 1 Satz 5 und 6 des Elften Buches vorliegen.

#### § 64

##### Vorrang

(1) Soweit häusliche Pflege ausreicht, soll der Träger der Sozialhilfe darauf hinwirken, dass die häusliche Pflege durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahe stehen, oder als Nachbarschaftshilfe übernommen wird.

(2) Der Träger der Sozialhilfe soll darauf hinwirken, dass die häusliche Pflege durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahe stehen, als Nachbarschaftshilfe oder durch sonstige, zum gesellschaftlichen Engagement bereite Personen übernommen wird.

#### § 64a

##### Pflegegeld

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Pflegegeld in Höhe des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches. Der Anspruch auf Pflegegeld setzt voraus, dass die Pflegebedürftigen und die Sorgeberechtigten bei pflegebedürftigen Kindern die erforderliche Pflege mit dem Pflegegeld in geeigneter Weise selbst sicherstellen.

(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist das Pflegegeld entsprechend zu kürzen. Bei der Kürzung ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem die pflegebedürftige Person gestorben ist.

(3) Stellt die Pflegekasse ihre Leistungen nach § 37 Absatz 6 des Elften Buches ganz oder teilweise ein, entfällt insoweit die Leistungspflicht nach Absatz 1.

#### § 64b

##### Häusliche Pflegehilfe

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

(2) Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere

1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie
3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

§ 64c

Verhinderungspflege

Ist eine Pflegeperson im Sinne von § 64 wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus sonstigen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, sind die angemessenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege zu übernehmen.

§ 64d

Pflegehilfsmittel

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die

1. zur Erleichterung der Pflege der Pflegebedürftigen beitragen,
2. zur Linderung der Beschwerden der Pflegebedürftigen beitragen oder
3. den Pflegebedürftigen eine selbständigere Lebensführung ermöglichen.

Der Anspruch umfasst die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

(2) Technische Pflegehilfsmittel sollen den Pflegebedürftigen in geeigneten Fällen leihweise zur Verfügung gestellt werden.

§ 64e

Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes

Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen können gewährt werden,

1. soweit sie angemessen sind und
2. durch sie
  - a) die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert werden kann oder
  - b) eine möglichst selbständige Lebensführung der Pflegebedürftigen wiederhergestellt werden kann.

§ 64f

Andere Leistungen

(1) Zusätzlich zum Pflegegeld nach § 64a Absatz 1 sind die Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson oder einer besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung zu erstatten, soweit diese nicht anderweitig sichergestellt ist.

(2) Ist neben der häuslichen Pflege nach § 64 eine Beratung der Pflegeperson geboten, sind die angemessenen Kosten zu übernehmen.

(3) Soweit die Sicherstellung der häuslichen Pflege für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 im Rahmen des Arbeitgebermodells erfolgt, sollen die angemessenen Kosten übernommen werden.

§ 64g

Teilstationäre Pflege

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, soweit die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder die teilstationäre Pflege zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

§ 64h

Kurzzeitpflege

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer stationären Pflegeeinrichtung, soweit die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und die teilstationäre Pflege nach § 64g nicht ausreicht.

(2) Wenn die Pflege in einer zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nach den §§ 71 und 72 des Elften Buches nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint, kann die Kurzzeitpflege auch erbracht werden

1. durch geeignete Erbringer von Leistungen nach dem Sechsten Kapitel oder
2. in geeigneten Einrichtungen, die nicht als Einrichtung zur Kurzzeitpflege zugelassen sind.

(3) Soweit während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der Pflegebedürftigen erforderlich ist, kann Kurzzeitpflege auch in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches erbracht werden.

§ 64i

Entlastungsbetrag bei den Pflegegraden 2, 3, 4 oder 5

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Entlastungsbetrag ist zweckgebunden einzusetzen zur

1. Entlastung pflegender Angehöriger oder nahestehender Pflegepersonen,
2. Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags oder
3. Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Sinne des § 45a des Elften Buches.

§ 65

Stationäre Pflege

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 haben Anspruch auf Pflege in stationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt. Der Anspruch auf stationäre Pflege umfasst auch Betreuungsmaßnahmen; § 64b Absatz 2 findet entsprechende Anwendung.

§ 66

Entlastungsbetrag bei Pflegegrad 1

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Entlastungsbetrag ist zweckgebunden einzusetzen zur

1. Entlastung pflegender Angehöriger oder nahestehender Pflegepersonen,
  2. Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags,
  3. Inanspruchnahme von
    - a) Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 64b,
    - b) Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 64e,
    - c) anderen Leistungen nach § 64f,
    - d) Leistungen zur teilstationären Pflege im Sinne des § 64g,
  4. Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten im Sinne des § 45a des Elften Buches.“
6. § 70 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Personen mit eigenem Haushalt sollen Leistungen zur Weiterführung des Haushalts erhalten, wenn weder sie selbst noch, falls sie mit anderen Haushaltsangehörigen zusammenleben, die anderen Haushaltsangehörigen den Haushalt führen können und die Weiterführung des Haushalts geboten ist.“
  - b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Personen im Sinne des Absatzes 1 sind die angemessenen Aufwendungen für eine haushaltsführende Person zu erstatten. Es können auch angemessene Beihilfen geleistet sowie Beiträge der haushaltsführenden Person für eine angemessene Alterssicherung übernommen werden, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist. Ist neben oder anstelle der Weiterführung des Haushalts die Heranziehung einer besonderen Person zur Haushaltsführung erforderlich oder eine Beratung oder zeitweilige Entlastung der haushaltsführenden Person geboten, sind die angemessenen Kosten zu übernehmen.“
7. § 71 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken.“
  - b) Absatz 2 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. Beratung und Unterstützung im Vor- und Umfeld von Pflege, insbesondere in allen Fragen des Angebots an Wohnformen bei Unterstützungs-, Betreuungs- oder Pflegebedarf sowie an Diensten, die Betreuung oder Pflege leisten.“
  - c) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Die Leistungen der Altenhilfe sind mit den übrigen Leistungen dieses Buches, den Leistungen der örtlichen Altenhilfe und der kommunalen Infrastruktur zur Vermeidung sowie Verringerung der Pflegebedürftigkeit und zur Inanspruchnahme der Leistungen der Eingliederungshilfe zu verzahnen. Die Ergebnisse der Gesamtplanung nach § 58 sowie die Grundsätze der Koordination, Kooperation und Konvergenz der Leistungen nach den Vorschriften des Neunten Buches sind zu berücksichtigen.“
8. § 72 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Auf die Blindenhilfe sind Leistungen bei häuslicher Pflege nach dem Elften Buch, auch soweit es sich um Sachleistungen handelt, bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2 mit 50 Prozent des Pflegegeldes des Pflegegrades 2 und bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 3, 4 oder 5 mit 40 Prozent des Pflegegeldes des Pflegegrades 3, höchstens jedoch mit 50 Prozent des Betrages nach Absatz 2, anzurechnen.“

- b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „(§§ 61 und 63)“ durch die Wörter „nach dem Siebten Kapitel“ ersetzt.
9. In § 75 Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „§ 61“ durch die Wörter „den Vorschriften des Siebten Kapitels“ ersetzt.
10. § 76 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:  
„Die Maßnahmepauschale ist nach Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Bedarf sowie bei Leistungen der häuslichen Pflegehilfe für die gemeinsame Inanspruchnahme durch mehrere Leistungsberechtigte nach § 64b Absatz 1 Satz 3 zu kalkulieren.“
11. In § 87 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „Bei schwerstpflegebedürftigen Menschen nach § 64 Abs. 3“ durch die Wörter „Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5“ ersetzt.
12. In § 94 Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „§ 61“ durch die Angabe „§ 61a“ ersetzt.
- 12a. § 122 Absatz 3 Nummer 3 und 4 wird wie folgt gefasst:
- „3. bei Leistungsberechtigten nach dem Sechsten Kapitel zusätzlich
- a) die Beschäftigten, denen der Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt gelingt,
  - b) der Bezug von Leistungen nach § 43a des Elften Buches,
4. bei Leistungsberechtigten nach dem Siebten Kapitel zusätzlich
- a) das Bestehen einer Pflegeversicherung,
  - b) die Erbringung oder Gründe der Nichterbringung von Pflegeleistungen von Sozialversicherungsträgern und einer privaten Pflegeversicherung,
  - c) die Höhe des anzurechnenden Einkommens.“
13. Die folgenden §§ 137 und 138 werden angefügt:

„§ 137

Überleitung in Pflegegrade zum 1. Januar 2017

Pflegebedürftige, deren Pflegebedürftigkeit nach den Vorschriften des Siebten Kapitels in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt worden ist und bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen auf Leistungen nach den Vorschriften des Siebten Kapitels vorliegen, werden ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung wie folgt in die Pflegegrade übergeleitet:

1. Pflegebedürftige mit Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,
2. Pflegebedürftige mit Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,
3. Pflegebedürftige mit Pflegestufe III in den Pflegegrad 4.

Die Überleitung in die Pflegegrade nach § 140 des Elften Buches ist für den Träger der Sozialhilfe bindend.

§ 138

Übergangsregelung für Pflegebedürftige aus Anlass des Dritten Pflegestärkungsgesetzes

Einer Person, die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf Leistungen nach dem Siebten Kapitel in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung hat, sind die ihr am 31. Dezember 2016 zustehenden Leistungen über den 31. Dezember 2016 hinaus bis zum Abschluss des von Amts wegen zu betreibenden Verfahrens zur Ermittlung und Feststellung des Pflegegrades und des notwendigen pflegerischen Bedarfs nach § 63a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung weiter zu gewähren. Soweit eine Person zugleich Leistungen nach dem Elften Buch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung erhält, sind diese anzurechnen. Dies gilt nicht für die Zuschläge nach § 141 Absatz 2 des Elften Buches sowie für den Entlastungsbetrag nach § 45b des Elften Buches. Ergibt das Verfahren, dass für die Zeit ab dem 1. Januar 2017 die Leistungen für den notwendigen pflegerischen Bedarf, die nach dem Siebten Kapitel in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung zu gewähren sind, geringer sind als die nach Satz 1 gewährten Leistungen, so sind die nach Satz 1 gewährten höheren Leistungen nicht vom Leistungsbezieher zu erstatten; § 45 des Zehnten Buches bleibt unberührt. Ergibt das Verfahren, dass für die Zeit ab dem 1. Januar 2017 die Leistungen für den notwendigen pflegerischen Bedarf, die nach dem Siebten Kapitel in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung zu gewähren sind, höher sind als die nach Satz 1 gewährten Leistungen, so sind die Leistungen rückwirkend nach den Vorschriften des Siebten Kapitels in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung zu gewähren.“

**Artikel 3**

**Änderung des Bundesgleichstellungsgesetzes**

In § 3 Nummer 7 des Bundesgleichstellungsgesetzes vom 24. April 2015 (BGBl. I S. 642, 643) werden die Wörter „von § 61 Absatz 1“ durch die Wörter „des Siebten Kapitels“ ersetzt.

**Artikel 4**

**Änderung der Bundes-Apothekerordnung**

Dem § 12 Absatz 2 der Bundes-Apothekerordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Juli 1989 (BGBl. I S. 1478, 1842), die zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Für das Verfahren zur Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ist die zuständige Behörde des Landes zuständig, in dem der Apothekerberuf ausgeübt wird oder ausgeübt werden soll.“

**Artikel 5**

**Änderung der Bundesärzteordnung**

Nach § 12 Absatz 3 Satz 1 der Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), die zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird folgender Satz eingefügt:

„Für das Verfahren zur Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ist die zuständige Behörde des Landes zuständig, in dem der ärztliche Beruf ausgeübt wird oder ausgeübt werden soll.“

## **Artikel 6**

### **Änderung des Psychotherapeutengesetzes**

Dem § 10 Absatz 1 des Psychotherapeutengesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Für das Verfahren zur Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ist die zuständige Behörde des Landes zuständig, in dem der Beruf ausgeübt wird oder ausgeübt werden soll.“

## **Artikel 7**

### **Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde**

Dem § 16 Absatz 1 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Für das Verfahren zur Ausstellung eines Europäischen Berufsausweises ist die zuständige Behörde des Landes zuständig, in dem der Beruf des Zahnarztes ausgeübt wird oder ausgeübt werden soll.“

## **Artikel 8**

### **Änderung der Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch**

§ 1 der Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, die zuletzt durch Artikel 15 Nummer 2 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „des § 64 Abs. 3“ durch die Wörter „von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5“ ersetzt.
2. In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „des § 64 Abs. 3“ durch die Wörter „von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5“ ersetzt.

## **Artikel 9**

### **Änderung des Einkommensteuergesetzes**

In § 3 Nummer 36 des Einkommensteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I S. 3366, 3862), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Februar 2016 (BGBl. I S. 310) geändert worden ist, werden die Wörter „zur Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung“ durch die Wörter „zu körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen oder Hilfen bei der Haushaltsführung“ ersetzt.

## Artikel 10

### Änderung des Gewerbesteuergesetzes

In § 3 Nummer 20 Buchstabe c des Gewerbesteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 2002 (BGBl. I S. 4167), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 2. November 2015 (BGBl. I S. 1834) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 61 Abs. 1“ durch die Angabe „§ 61“ ersetzt.

## Artikel 11

### Änderung des Umsatzsteuergesetzes

§ 4 Nummer 16 Satz 1 Buchstabe g des Umsatzsteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 21. Februar 2005 (BGBl. I S. 386), das zuletzt durch die Artikel 11 und 12 des Gesetzes vom 2. November 2015 (BGBl. I S. 1834) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„g) Einrichtungen, soweit sie Leistungen erbringen, die landesrechtlich als Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch anerkannt sind,“.

## Artikel 12

### Änderung des Bundesversorgungsgesetzes

Das Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 3. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2163) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 25 Absatz 6 wird die Angabe „§ 26c Abs. 8“ durch die Angabe „§ 26c Absatz 1“ ersetzt.
2. In § 25e Absatz 3 wird die Angabe „§ 26c Abs. 11“ durch die Angabe „§ 26c Absatz 5“ ersetzt.
3. In § 25f Absatz 2 Nummer 4 werden die Wörter „Pflegegeldleistungen an Schwerstpflegebedürftige nach § 26c Absatz 8 Satz 3“ durch die Wörter „Pflegegeld nach § 26c Absatz 1 für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 oder 5“ ersetzt.
4. § 26c wird wie folgt gefasst:

#### „§ 26c

(1) Beschädigte und Hinterbliebene erhalten Hilfe zur Pflege in entsprechender Anwendung von § 13 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sowie des Siebten Kapitels des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes geregelt ist.

(2) Der Hilfe zur Pflege gehen die Leistungen nach § 35 vor.

(3) Stellen Pflegebedürftige ihre Pflege nach § 63b Absatz 6 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicher, gelten § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 34 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(4) § 64a Absatz 2 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch findet keine Anwendung.



(5) Bei der Festsetzung der Einkommensgrenze sind folgende Regelungen entsprechend anzuwenden:

1. § 27d Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 bei der Pflege in einer stationären Einrichtung, wenn sie voraussichtlich auf längere Zeit erforderlich ist, sowie bei der häuslichen Pflege von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 oder 3 und
2. § 27d Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 sowie Satz 2 und 3 bei dem Pflegegeld für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 oder 5.

(6) Werden Leistungen der Hilfe zur Pflege für ein volljähriges Kind der Beschädigten erbracht, haben Beschädigte Einkommen und Vermögen bis zur Höhe des Betrages nach § 27h Absatz 2 Satz 3 einzusetzen, soweit das Einkommen die für die Leistung maßgebliche Einkommensgrenze nach § 25e Absatz 1 oder § 26c Absatz 5 oder das Vermögen die Vermögensgrenze nach § 25f übersteigt.“

5. § 26d wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Beschädigte und Hinterbliebene mit eigenem Haushalt sollen Leistungen zur Weiterführung des Haushalts erhalten, wenn weder sie selbst noch Haushaltsangehörige, mit denen sie zusammenleben, den Haushalt führen können und die Weiterführung des Haushalts geboten ist. Der Träger der Kriegsopferfürsorge soll darauf hinwirken, dass die Weiterführung des Haushalts durch Personen, die den Beschädigten und Hinterbliebenen nahestehen, oder im Wege der Nachbarschaftshilfe übernommen wird. Die Leistungen sollen in der Regel nur vorübergehend erbracht werden. Satz 3 gilt nicht, wenn durch die Leistungen die Unterbringung in einer stationären Einrichtung vermieden oder aufgeschoben werden kann.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Beschädigten und Hinterbliebenen im Sinne des Absatzes 1 sind die angemessenen Aufwendungen für eine haushaltsführende Person zu erstatten. Es können auch angemessene Beihilfen geleistet sowie Beiträge der haushaltsführenden Person für eine angemessene Alterssicherung übernommen werden, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist. Ist neben oder anstelle der Weiterführung des Haushalts die Heranziehung einer besonderen Person zur Haushaltsführung erforderlich oder eine Beratung oder eine zeitweilige Entlastung der haushaltsführenden Person geboten, sind die angemessenen Kosten zu übernehmen.“

6. § 26e wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Sie soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und Beschädigten und Hinterbliebenen im Alter die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeiten zur Selbsthilfe zu stärken.“

b) Absatz 2 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Beratung und Unterstützung im Vor- und Umfeld von Pflege, insbesondere in allen Fragen des Angebots an Wohnformen bei Unterstützungs-, Betreuungs- oder Pflegebedarf sowie an Diensten, die Betreuung oder Pflege leisten,“.

c) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Die Leistungen der Altenhilfe sind mit den übrigen Leistungen dieses Gesetzes, den Leistungen der örtlichen Altenhilfe und der kommunalen Infrastruktur zur Vermeidung sowie Verringerung der Pflegebedürftigkeit und zur Inanspruchnahme der Leistungen der Eingliederungshilfe zu verzahnen. Die Ergebnisse der Gesamtplanung nach § 58 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sowie die Grundsätze der Koordination, Kooperation und Konvergenz der Leistungen nach den Vorschriften des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sind zu berücksichtigen.“

7. § 27d wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 1 Buchstabe c wird das Komma und werden die Wörter „wenn der in § 26c Abs. 8 Satz 1 und 2 genannte Schweregrad der Pflegebedürftigkeit besteht“ durch die Wörter „von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 oder 3“ ersetzt.
    - bb) In Nummer 2 Buchstabe b werden die Wörter „nach § 26c Abs. 8 Satz 3“ durch die Wörter „für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 oder 5“ ersetzt.
  - b) In Absatz 7 wird die Angabe „§ 26c Abs. 12“ durch die Angabe „§ 26c Absatz 6“ ersetzt.
8. In § 27h Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „§ 26c Abs. 11“ durch die Angabe „§ 26c Absatz 5“ ersetzt.
9. Nach § 27j werden die folgenden §§ 27k und 27l eingefügt:

„§ 27k

(1) Pflegebedürftige, deren Pflegebedürftigkeit nach § 26c in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt worden ist und bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 die Voraussetzungen auf Leistungen nach § 26c in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung vorliegen, werden ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung wie folgt in die Pflegegrade übergeleitet:

1. Pflegebedürftige mit Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,
2. Pflegebedürftige mit Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,
3. Pflegebedürftige mit Pflegestufe III in den Pflegegrad 4.

(2) Die Überleitung in die Pflegegrade nach § 140 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist für den Träger der Kriegspferfürsorge bindend.

§ 27l

Einer Person, die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf Leistungen nach § 26c in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung hat, sind die ihr am 31. Dezember 2016 zustehenden Leistungen über den 31. Dezember 2016 hinaus bis zum Abschluss des von Amts wegen zu betreibenden Verfahrens zur Ermittlung und Feststellung des Pflegegrades und des notwendigen pflegerischen Bedarfs nach § 26c Absatz 1 in Verbindung mit § 63a des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung weiter zu gewähren. Soweit Personen zugleich Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung erhalten, sind diese anzurechnen; dies gilt nicht für die Zuschläge nach § 141 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie für den Entlastungsbetrag nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Ergibt das Verfahren, dass für die Zeit ab dem 1. Januar 2017 die Leistungen für den notwendigen pflegerischen Bedarf, die nach § 26c in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung zu gewähren sind, geringer sind als die nach Satz 1 gewährten Leistungen, so sind die nach Satz 1 gewährten höheren Leistungen nicht vom Leistungsbezieher zu erstatten; § 45 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Ergibt das Verfahren, dass für die Zeit ab dem 1. Januar 2017 die Leistungen für den notwendigen pflegerischen Bedarf, die nach § 26c in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung zu gewähren sind, höher sind als die nach Satz 1 gewährten Leistungen, so sind die Leistungen rückwirkend nach § 26c in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung zu gewähren.“

10. § 64b wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Pflegegeld nach § 26c Absatz 1,“
  - b) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „der Pflegestufe, die für Leistungen nach § 26c Absatz 8“ durch die Wörter „des Pflegegrades, der für die Erbringung von Pflegegeld nach § 26c Absatz 1“ ersetzt.

## Artikel 13

### Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Mai 2016 (BGBl. I S. 1254) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 11 Absatz 3 werden die Wörter „§ 66 Absatz 4 Satz 2“ durch die Wörter „§ 63b Absatz 6 Satz 1“ ersetzt.
2. § 37 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1a Satz 1 werden nach dem Wort „Pflegebedürftigkeit“ die Wörter „mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5“ eingefügt.
  - b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Versicherte erhalten in stationären Einrichtungen im Sinne des § 43a des Elften Buches Leistungen nach Satz 1, wenn der Bedarf an Behandlungspflege eine ständige Überwachung und Versorgung durch eine qualifizierte Pflegefachkraft erfordert.“
- 2a. § 38 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - a) In Satz 3 wird nach dem Wort „Versicherte“ ein Komma und werden die Wörter „soweit keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches vorliegt,“ eingefügt.
  - b) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Pflegebedürftigkeit von Versicherten schließt Haushaltshilfe nach den Sätzen 3 und 4 zur Versorgung des Kindes nicht aus.“
3. In § 39c Satz 1 werden nach dem Wort „Pflegebedürftigkeit“ die Wörter „mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5“ eingefügt.
4. § 132a wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) Satz 4 wird wie folgt geändert:
      - aaa) Nummer 1 wird aufgehoben.
      - bbb) Die Nummern 2 bis 7 werden die Nummern 1 bis 6.
    - bb) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Um den Besonderheiten der intensivpflegerischen Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege Rechnung zu tragen, sind in den Rahmenempfehlungen auch Regelungen über die behandlungspflegerische Versorgung von Versicherten, die auf Grund eines besonders hohen Bedarfs an diesen Leistungen oder einer Bedrohung ihrer Vitalfunktion einer ununterbrochenen Anwesenheit einer Pflegekraft bedürfen, vorzusehen.“
    - cc) In Satz 6 wird die Angabe „Nummer 7“ durch die Angabe „Nummer 6“ ersetzt.
    - dd) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Verträgen nach Absatz 4 zugrunde zu legen.“
  - b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Kommt eine Rahmenempfehlung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zu Stande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach Absatz 3 anrufen. Die Schiedsstelle kann auch vom Bundesministerium für Gesundheit angerufen werden. Sie setzt innerhalb von drei Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt fest.“

- c) Die folgenden Absätze 3 und 4 werden angefügt:

„(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden erstmals bis zum ... (einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf das Inkrafttreten gemäß Artikel 18 Absatz 1 folgenden Kalendermonats) eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Pflegedienste in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Rahmenempfehlungspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, gilt § 89 Absatz 3 Satz 5 und 6 entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten regeln. § 129 Absatz 9 und 10 Satz 1 gilt entsprechend.

(4) Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschlüsse vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. Verträge dürfen nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt. Der Leistungserbringer hat der Krankenkasse anzuzeigen, dass er behandlungspflegerische Leistungen im Sinne des Absatzes 1 Satz 5 erbringt, wenn er diese Leistungen für mindestens zwei Versicherte in einer durch den Leistungserbringer oder einen Dritten organisierten Wohneinheit erbringt. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege geeignete Personen anstellen.“

5. Nach § 275a wird folgender § 275b eingefügt:

„§ 275b

Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen veranlassen bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 abgeschlossen haben und die keiner Regelprüfung nach § 114 Absatz 2 des Elften Buches unterliegen, Regelprüfungen durch den Medizinischen Dienst; § 114 Absatz 2 und 3 des Elften Buches gilt entsprechend. Der Medizinische Dienst führt bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 abgeschlossen haben, im Auftrag der Krankenkassen oder der Landesverbände der Krankenkassen auch anlassbezogenen Prüfungen durch, ob die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den nach diesem Buch abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen für Leistungen nach § 37 erfüllt sind und ob die Abrechnung ordnungsgemäß erfolgt ist; § 114 Absatz 4 des Elften Buches gilt entsprechend. Das Nähere, insbesondere zu den Prüfanlässen, den Inhalten der Prüfungen, der Durchführung der Prüfungen, der Beteiligung der Krankenkassen an den Prüfungen sowie zur Abstimmung der Prüfungen nach den Sätzen 1 und 2 mit den Prüfungen nach § 114 des Elften Buches bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Richtlinien nach § 282 Absatz 2 Satz 3. § 114a Absatz 7 Satz 5 bis 8 und 11 des Elften Buches gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass auch den für die

Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist. Die Richtlinien sind bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des neunten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu beschließen.

(2) Für die Durchführung der Prüfungen nach Absatz 1 gelten § 114a Absatz 1 bis 3a des Elften Buches sowie § 276 Absatz 2 Satz 3 bis 9 entsprechend. Prüfungen nach Absatz 1 bei Leistungserbringern, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 abgeschlossen haben und die in einer Wohneinheit behandlungspflegerische Leistungen erbringen, die nach § 132a Absatz 4 Satz 12 anzeigepflichtig sind, sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen. Räume dieser Wohneinheit, die einem Wohnrecht der Versicherten unterliegen, dürfen vom Medizinischen Dienst ohne deren Einwilligung nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. Der Medizinische Dienst ist im Rahmen der Prüfungen nach Absatz 1 befugt, zu den üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten die Räume des Leistungserbringers, mit dem die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 abgeschlossen haben, zu betreten, die erforderlichen Unterlagen einzusehen und personenbezogene Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für die Prüfungen nach Absatz 1 erforderlich und in den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 3 festgelegt ist; für die Einwilligung der Betroffenen gilt § 114a Absatz 3 Satz 5 des Elften Buches entsprechend. Der Leistungserbringer, mit dem die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 abgeschlossen haben, ist zur Mitwirkung bei den Prüfungen nach Absatz 1 verpflichtet und hat dem Medizinischen Dienst Zugang zu den Räumen und den Unterlagen zu verschaffen sowie die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der Medizinische Dienst die Prüfungen nach Absatz 1 ordnungsgemäß durchführen kann. Im Rahmen der Mitwirkung ist der Leistungserbringer befugt und verpflichtet, dem Medizinischen Dienst Einsicht in personenbezogene Daten zu gewähren oder diese Daten dem Medizinischen Dienst auf dessen Anforderung zu übermitteln. Für die Einwilligung der Betroffenen gilt § 114a Absatz 3 Satz 5 des Elften Buches entsprechend. § 114a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Elften Buches sowie § 277 Absatz 1 Satz 4 gelten entsprechend.

(3) Der Medizinische Dienst berichtet dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über seine Erfahrungen mit den nach den Absätzen 1 und 2 durchzuführenden Prüfungen, über die Ergebnisse seiner Prüfungen sowie über seine Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung in der häuslichen Krankenpflege. Die Medizinischen Dienste stellen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten sicher. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hat die Erfahrungen und Erkenntnisse der Medizinischen Dienste zu den nach den Absätzen 1 und 2 durchzuführenden Prüfungen sowie die Ergebnisse dieser Prüfungen in den Bericht nach § 114a Absatz 6 des Elften Buches einzubeziehen.“

6. In § 281 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 275 Abs. 1 bis 3a und § 275a mit Ausnahme der Kontrollen nach § 275a Absatz 4 erforderlichen Mittel“ durch die Wörter „§ 275 Absatz 1 bis 3a, den §§ 275a und 275b erforderlichen Mittel mit Ausnahme der erforderlichen Mittel für die Kontrollen nach § 275a Absatz 4“ ersetzt.
7. Dem § 302 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:  
„Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 ist zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 die Zeit der Leistungserbringung anzugeben.“

## Artikel 14

### Änderung des Pflege-Versicherungsgesetzes

Die Artikel 49, 49a, 49b und 52a des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 2797), das zuletzt durch Artikel 3 Absatz 6 des Gesetzes vom 29. Juni 2015 (BGBl. I S. 1061) geändert worden ist, werden aufgehoben.

## Artikel 15

### Änderung der Pflegestatistik-Verordnung

Die Pflegestatistik-Verordnung vom 24. November 1999 (BGBl. I S. 2282), die durch Artikel 1 der Verordnung vom 19. Juli 2013 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. betreute Pflegebedürftige

      - a) nach Geschlecht, Geburtsjahr, Grad der Pflegebedürftigkeit,
      - b) bei stationär betreuten Pflegebedürftigen auch die Art der in Anspruch genommenen Pflegeleistung,
      - c) bei ambulant betreuten Pflegebedürftigen die Postleitzahl des Wohnorts sowie
      - d) bei vollstationär betreuten Pflegebedürftigen die Postleitzahl des Wohnorts vor Einzug in das Pflegeheim,“.
    - bb) In Nummer 5 Buchstabe a wird das Wort „Pflegeklassen“ durch das Wort „Pflegegraden“ ersetzt.
  - b) In Absatz 2 Nummer 2 werden die Wörter „nach §§ 37, 38 oder 123 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ durch die Wörter „nach § 37 oder § 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie Empfänger von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die dem Pflegegrad 1 zugeordnet sind, und Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1, die keine Leistungen der Pflegeversicherung im Kostenerstattungsverfahren nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Anspruch nehmen,“ ersetzt.
2. In § 3 Nummer 4 werden die Wörter „Telefon- und Telefaxnummer“ durch das Wort „Kontaktdaten“ ersetzt.
3. In § 7 werden die Wörter „Telefon- und Telefaxnummer“ durch das Wort „Kontaktdaten“ ersetzt.

## Artikel 16

### Änderung des Medizinproduktegesetzes

Das Medizinproduktegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 278 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
  - a) Die Angabe zu § 14 wird wie folgt gefasst:

„§ 14 Tätigkeiten im Zusammenhang mit Medizinprodukten“.
  - b) Nach der Angabe zu § 32 wird folgende Angabe zu § 32a eingefügt:

„§ 32a Besondere Zuständigkeiten“.
2. § 11 Absatz 3a wird aufgehoben.
3. § 13 Absatz 2 und 3 wird wie folgt gefasst:

„(2) Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Hersteller und einer Benannten Stelle über

1. die Anwendung der vorgenannten Regeln,
2. die Abgrenzung von Medizinprodukten zu anderen Produkten oder
3. die Einstufung, ob es sich bei Medizinprodukten der Klasse I um solche mit Messfunktion oder um steril in Verkehr gebrachte Medizinprodukte handelt,

hat die Benannte Stelle der zuständigen Behörde die Angelegenheit zur Entscheidung vorzulegen.

(3) Die zuständige Bundesoberbehörde entscheidet ferner auf Antrag einer zuständigen Behörde oder des Herstellers über

1. die Klassifizierung einzelner Medizinprodukte,
  2. die Abgrenzung von Medizinprodukten zu anderen Produkten oder
  3. die Einstufung, ob es sich bei Medizinprodukten der Klasse I um solche mit Messfunktion oder um steril in Verkehr gebrachte Medizinprodukte handelt.“
4. § 14 wird wie folgt gefasst:

„§ 14

Tätigkeiten im Zusammenhang mit Medizinprodukten

Medizinprodukte dürfen nur nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach § 37 Absatz 5 betrieben und angewendet werden. Medizinprodukte dürfen nicht betrieben und angewendet werden, wenn sie Mängel aufweisen, durch die Patienten, Beschäftigte oder Dritte gefährdet werden können.“

5. § 15 wird wie folgt gefasst:

„§ 15

Benennung und Überwachung der Stellen, Anerkennung und Beauftragung von Prüflaboratorien

(1) Bei der zuständigen Behörde kann ein Antrag auf Benennung als Benannte Stelle gestellt werden. Voraussetzung für die Benennung ist, dass die Befähigung der Stelle zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben sowie die Einhaltung der Kriterien des Anhangs 8 der Richtlinie 90/385/EWG, des Anhangs XI der Richtlinie 93/42/EWG, des Anhangs IX der Richtlinie 98/79/EG und der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 920/2013 der Kommission vom 24. September 2013 über die Benennung und Beaufsichtigung benannter Stellen gemäß der Richtlinie 90/385/EWG des Rates über aktive implantierbare medizinische Geräte und der Richtlinie 93/42/EWG des Rates über Medizinprodukte (ABl. L 253 vom 25.9.2013, S. 8) entsprechend den Verfahren, für die sie benannt werden soll, durch die zuständige Behörde in einem Benennungsverfahren festgestellt wurden. Die Benennung kann unter Auflagen erteilt werden und ist zu befristen. Die zuständige Behörde teilt der Europäischen Kommission die Benannten Stellen, die für Aufgaben im Zusammenhang mit der Durchführung von Konformitätsbewertungsverfahren nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach § 37 Absatz 1 benannt wurden, sowie die Aufgabengebiete der Benannten Stellen mit.

(2) Die zuständige Behörde überwacht die Einhaltung der in Absatz 1 für Benannte Stellen festgelegten Verpflichtungen und Anforderungen. Die zuständige Behörde trifft die Anordnungen, die zur Beseitigung festgestellter Mängel oder zur Verhütung künftiger Verstöße notwendig sind. Die Überwachung der Benannten Stellen, die an der Durchführung von Konformitätsbewertungsverfahren für Medizinprodukte, die ionisierende Strahlen erzeugen oder radioaktive Stoffe enthalten, beteiligt sind, wird im Auftrag des Bundes durch die Länder ausgeführt. Die zuständige Behörde kann von der Benannten Stelle und deren mit der Leitung und der Durchführung von Fachaufgaben beauftragten Personal die zur Erfüllung ihrer Überwachungsaufgaben erforderlichen Auskünfte und sonstige Unterstützung verlangen. Die zuständige Behörde ist befugt, die Benannte Stelle bei Überprüfungen zu begleiten. Die Beauftragten der zuständigen Behörde

sind befugt, zu den üblichen Betriebs- und Geschäftszeiten Grundstücke und Geschäftsräume sowie Prüflaboratorien zu betreten und zu besichtigen und die Vorlage von Unterlagen, insbesondere Unterlagen über die Erteilung der Bescheinigungen und zum Nachweis der Erfüllung der Anforderungen des Absatzes 1 Satz 2, zu verlangen. Das Betretungsrecht erstreckt sich auch auf Grundstücke des Herstellers und seiner Unterauftragnehmer von entscheidender Bedeutung, soweit die Überwachung dort erfolgt. § 26 Absatz 4 und 5 gilt entsprechend.

(3) Stellen, die der Europäischen Kommission und den anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union auf Grund eines Rechtsaktes des Rates oder der Europäischen Kommission von einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum mitgeteilt wurden, sind Benannten Stellen nach Absatz 1 gleichgestellt.

(4) Die zuständige Behörde macht die deutschen Benannten Stellen mit ihren jeweiligen Aufgaben und ihrer Kennnummer auf ihrer Internetseite bekannt.

(5) Soweit eine Benannte Stelle zur Erfüllung ihrer Aufgaben Prüflaboratorien beauftragt, muss sie sicherstellen, dass diese die auf sie zutreffenden Kriterien des Anhangs 8 der Richtlinie 90/385/EWG, des Anhangs XI der Richtlinie 93/42/EWG in Verbindung mit Anhang I der Durchführungsverordnung (EU) Nr. 920/2013 oder des Anhangs IX der Richtlinie 98/79/EG entsprechend den Verfahren, für die sie beauftragt werden sollen, erfüllen. Die Erfüllung der Mindestkriterien ist in einem Anerkennungsverfahren durch die zuständige Behörde festzustellen. Die Anerkennung kann unter Auflagen erteilt werden und ist zu befristen. Absatz 2 Satz 1, 2, 4 bis 8 und Absatz 4 gelten entsprechend.

(6) Die Anerkennung nach Absatz 5 erlischt mit Fristablauf, mit der Einstellung des Betriebs des Prüflaboratoriums oder durch Verzicht. Die Einstellung oder der Verzicht sind der zuständigen Behörde unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Die zuständige Behörde nimmt die Anerkennung zurück, soweit nachträglich bekannt wird, dass ein Prüflaboratorium bei der Anerkennung nicht die Voraussetzungen für eine Anerkennung erfüllt hat. Sie widerruft die Anerkennung, soweit die Voraussetzungen für eine Anerkennung nachträglich weggefallen sind. An Stelle des Widerrufs kann das Ruhen der Anerkennung angeordnet werden.“

6. § 15a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„§ 15 Absatz 1, 2 und 4 gilt entsprechend.“

b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „dem Bundesministerium für Gesundheit“ durch die Wörter „der Europäischen Kommission“ ersetzt.

7. § 16 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die zuständige Behörde teilt der Europäischen Kommission unverzüglich das Erlöschen, die Rücknahme und den Widerruf unter Angabe der Gründe und der für notwendig erachteten Maßnahmen mit. Erlöschen, Rücknahme und Widerruf einer Benennung sind von der zuständigen Behörde auf deren Internetseite bekannt zu machen.“

8. § 26 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. Grundstücke, Geschäftsräume, Betriebsräume, Beförderungsmittel, in denen eine Tätigkeit nach Absatz 1 ausgeübt wird, zu den üblichen Geschäftszeiten und zur Verhütung dringender Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung auch Wohnräume, in denen eine Tätigkeit nach Absatz 1 ausgeübt wird, zu betreten und zu besichtigen sowie in Geschäftsräumen, Betriebsräumen und Beförderungsmitteln zur Dokumentation bewegte und unbewegte Bildaufzeichnungen anzufertigen; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt,“.

b) In Nummer 3 werden die Wörter „und hieraus in begründeten Fällen Abschriften oder Ablichtungen anzufertigen“ gestrichen.



- c) Der Nummer 4 werden die Wörter „von natürlichen und juristischen Personen und nicht rechtsfähigen Personenvereinigungen“ vorangestellt und der Punkt am Ende wird durch ein Komma ersetzt.
- d) Die folgenden Nummern 5 und 6 werden angefügt:
  - „5. Unterlagen und Dokumente, die nach Maßgabe der Verordnung nach § 37 Absatz 5 zu erstellen und zu führen sind, einzusehen,
  - 6. Abschriften oder Ablichtungen von Unterlagen oder Dokumenten nach den Nummern 3 und 5 oder Ausdrucke oder Kopien von Datenträgern, auf denen Unterlagen oder Dokumente nach den Nummern 3 und 5 gespeichert sind, anzufertigen oder zu verlangen, soweit es sich nicht um personenbezogene Daten von Patienten handelt.“
- 9. § 31 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Der Medizinprodukteberater hat Mitteilungen von Angehörigen der Fachkreise über Nebenwirkungen, wechselseitige Beeinflussungen, Fehlfunktionen, technische Mängel, Gegenanzeigen, Verfälschungen oder sonstige Risiken bei Medizinprodukten aufzuzeichnen und unverzüglich dem Verantwortlichen nach § 5 Satz 1 und 2 oder dessen Sicherheitsbeauftragten für Medizinprodukte schriftlich oder elektronisch zu übermitteln.“
- 10. Dem § 32 Absatz 3 Nummer 3 werden die Wörter „die Bundesoberbehörden,“ vorangestellt.
- 10a. Nach § 32 wird folgender § 32a eingefügt:

„§ 32a

**Besondere Zuständigkeiten**

Die Bearbeitung von Meldungen der für die Kontrolle der Außengrenzen zuständigen Behörden über Aussetzungen gemäß Artikel 27 Absatz 3 Satz 1 der Verordnung (EG) Nr. 765/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. Juli 2008 über die Vorschriften für die Akkreditierung und Marktüberwachung im Zusammenhang mit der Vermarktung von Produkten und zur Aufhebung der Verordnung (EWG) Nr. 339/93 des Rates (ABl. L 218 vom 13.8.2008, S. 30) obliegt der Überwachungsbehörde, die für die Zollstelle örtlich zuständig ist.“

- 11. § 42 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 5 werden die Wörter „oder Absatz 3a“ gestrichen.
    - bb) In Nummer 15 werden die Wörter „nicht richtig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Weise aufzeichnet oder nicht“ durch die Wörter „nicht richtig oder nicht vollständig aufzeichnet oder nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Weise“ ersetzt.
    - cc) In Nummer 16 wird nach der Angabe „Abs. 1,“ die Angabe „2,“ eingefügt.
  - b) In Absatz 3 wird das Wort „fünfundzwanzigtausend“ durch das Wort „dreißigtausend“ ersetzt.

**Artikel 17**

**Änderung der Medizinprodukte-Abgabeverordnung**

Die Medizinprodukte-Abgabeverordnung vom 25. Juli 2014 (BGBl. I S. 1227), die durch Artikel 4 der Verordnung vom 19. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2371) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

- 1. § 3 Absatz 4 Satz 2 wird aufgehoben.
- 2. § 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Wörter „oder § 3 Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 4 Satz 1“ gestrichen.
- b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Ordnungswidrig im Sinne des § 42 Absatz 2 Nummer 16 des Medizinproduktegesetzes handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 2 ein Medizinprodukt in den Verkehr bringt oder
2. entgegen § 3 Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 4 ein Medizinprodukt abgibt.“

### **Artikel 17a**

#### **Änderung des Ergotherapeutengesetzes**

Das Ergotherapeutengesetz vom 25. Mai 1976 (BGBl. I S. 1246), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 4 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 5 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Es ist dabei zulässig, den Unterricht modularisiert und kompetenzorientiert zu gestalten. Wird von der Möglichkeit des Satzes 3 Gebrauch gemacht, kann die zuständige Behörde abweichend von § 5 Absatz 1 Satz 1 und § 6 Absatz 1 Satz 1 der Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung eine der Unterrichtsform entsprechende modularisierte und kompetenzorientierte Gestaltung des schriftlichen und mündlichen Teils der staatlichen Prüfung zulassen. Dabei können Modulprüfungen, die nicht früher als zwei Monate vor dem Ende der Studienzeit durchgeführt werden, mit Zustimmung der zuständigen Behörde den schriftlichen oder mündlichen Teil der staatlichen Prüfung ganz oder teilweise ersetzen, sofern sie den inhaltlichen Anforderungen der §§ 5 und 6 der Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung entsprechen.“

- b) Dem Absatz 6 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Ergänzend hat die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben valide Aussagen zur Nachhaltigkeit der Modellvorhaben, die insbesondere den dauerhaften Nutzen einer akademischen Qualifikation, die Kostenfolgen im Gesundheitswesen oder die Auswirkungen des Ausschlusses von Schülerinnen und Schülern mit mittlerem Schulabschluss betreffen, zu enthalten. Duale Studiengänge, die nicht unter Absatz 5 fallen, weil das Studium parallel zur grundständigen, fachschulischen Ausbildung abgeleistet wird, können in die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben einbezogen werden.“

- c) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Das Bundesministerium für Gesundheit erstattet dem Deutschen Bundestag über die Ergebnisse der Modellvorhaben nach Absatz 5 Bericht. Absatz 6 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend. Die Länder übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit auf Anforderung die für die Erstellung des Berichts erforderlichen Ergebnisse ihrer Auswertungen nach Absatz 6.“

2. In § 10 wird die Angabe „2017“ jeweils durch die Angabe „2021“ ersetzt.

### **Artikel 17b**

#### **Änderung des Hebammengesetzes**

Das Hebammengesetz vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), das zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

## 1. § 6 wird wie folgt geändert:

## a) Nach Absatz 3 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Es ist dabei zulässig, den Unterricht modularisiert und kompetenzorientiert zu gestalten. Wird von der Möglichkeit des Satzes 3 Gebrauch gemacht, kann die zuständige Behörde abweichend von § 5 Absatz 1 Satz 1 und § 6 Absatz 1 Satz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger eine der Unterrichtsform entsprechende modularisierte und kompetenzorientierte Gestaltung des schriftlichen und mündlichen Teils der staatlichen Prüfung zulassen. Dabei können Modulprüfungen, die nicht früher als zwei Monate vor dem Ende der Studienzeit durchgeführt werden, mit Zustimmung der zuständigen Behörde den schriftlichen oder mündlichen Teil der staatlichen Prüfung ganz oder teilweise ersetzen, sofern sie den inhaltlichen Anforderungen der §§ 5 und 6 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger entsprechen.“

## b) Dem Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Ergänzend hat die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben valide Aussagen zur Nachhaltigkeit der Modellvorhaben, die insbesondere den dauerhaften Nutzen einer akademischen Qualifikation, die Kostenfolgen im Gesundheitswesen oder die Auswirkungen des Ausschlusses von Schülerinnen und Schülern mit mittlerem Schulabschluss betreffen, zu enthalten. Duale Studiengänge, die nicht unter Absatz 5 fallen, weil das Studium parallel zur grundständigen, fachschulischen Ausbildung abgeleistet wird, können in die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben einbezogen werden.“

## c) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Das Bundesministerium für Gesundheit erstattet dem Deutschen Bundestag über die Ergebnisse der Modellvorhaben nach Absatz 3 Bericht. Absatz 4 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend. Die Länder übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit auf Anforderung die für die Erstellung des Berichts erforderlichen Ergebnisse ihrer Auswertungen nach Absatz 4.“

## 2. In § 33 wird die Angabe „2017“ jeweils durch die Angabe „2021“ ersetzt.

**Artikel 17c****Änderung des Gesetzes über den Beruf des Logopäden**

Das Gesetz über den Beruf des Logopäden vom 7. Mai 1980 (BGBl. I S. 529), das zuletzt durch Artikel 16 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

## 1. § 4 wird wie folgt geändert:

## a) Nach Absatz 5 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Es ist dabei zulässig, den Unterricht modularisiert und kompetenzorientiert zu gestalten. Wird von der Möglichkeit des Satzes 3 Gebrauch gemacht, kann die zuständige Behörde abweichend von § 5 Absatz 1 Satz 1 und § 6 Absatz 1 Satz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden eine der Unterrichtsform entsprechende modularisierte und kompetenzorientierte Gestaltung des schriftlichen und mündlichen Teils der staatlichen Prüfung zulassen. Dabei können Modulprüfungen, die nicht früher als zwei Monate vor dem Ende der Studienzeit durchgeführt werden, mit Zustimmung der zuständigen Behörde den schriftlichen oder mündlichen Teil der staatlichen Prüfung ganz oder teilweise ersetzen, sofern sie den inhaltlichen Anforderungen der §§ 5 und 6 der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden entsprechen.“

## b) Dem Absatz 6 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Ergänzend hat die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben valide Aussagen zur Nachhaltigkeit der Modellvorhaben, die insbesondere den dauerhaften Nutzen einer akademischen Qualifikation, die Kostenfolgen im Gesundheitswesen oder die Auswirkungen des Ausschlusses

von Schülerinnen und Schülern mit mittlerem Schulabschluss betreffen, zu enthalten. Duale Studiengänge, die nicht unter Absatz 5 fallen, weil das Studium parallel zur grundständigen, fachschulischen Ausbildung abgeleistet wird, können in die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben einbezogen werden.“

c) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Das Bundesministerium für Gesundheit erstattet dem Deutschen Bundestag über die Ergebnisse der Modellvorhaben nach Absatz 5 Bericht. Absatz 6 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend. Die Länder übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit auf Anforderung die für die Erstellung des Berichts erforderlichen Ergebnisse ihrer Auswertungen nach Absatz 6.“

2. In § 11 wird die Angabe „2017“ jeweils durch die Angabe „2021“ ersetzt.

## Artikel 17d

### Änderung des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes

Das Masseur- und Physiotherapeutengesetz vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1084), das zuletzt durch Artikel 25 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 9 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Es ist dabei zulässig, den Unterricht modularisiert und kompetenzorientiert zu gestalten. Wird von der Möglichkeit des Satzes 3 Gebrauch gemacht, kann die zuständige Behörde abweichend von § 12 Absatz 1 Satz 1 und § 13 Absatz 1 Satz 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten eine der Unterrichtsform entsprechende modularisierte und kompetenzorientierte Gestaltung des schriftlichen und mündlichen Teils der staatlichen Prüfung zulassen. Dabei können Modulprüfungen, die nicht früher als zwei Monate vor dem Ende der Studienzeit durchgeführt werden, mit Zustimmung der zuständigen Behörde den schriftlichen oder mündlichen Teil der staatlichen Prüfung ganz oder teilweise ersetzen, sofern sie den inhaltlichen Anforderungen der §§ 12 und 13 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten entsprechen.“

b) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Ergänzend hat die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben valide Aussagen zur Nachhaltigkeit der Modellvorhaben, die insbesondere den dauerhaften Nutzen einer akademischen Qualifikation, die Kostenfolgen im Gesundheitswesen oder die Auswirkungen des Ausschlusses von Schülerinnen und Schülern mit mittlerem Schulabschluss betreffen, zu enthalten. Duale Studiengänge, die nicht unter Absatz 2 fallen, weil das Studium parallel zur grundständigen, fachschulischen Ausbildung abgeleistet wird, können in die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben einbezogen werden.“

c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Das Bundesministerium für Gesundheit erstattet dem Deutschen Bundestag über die Ergebnisse der Modellvorhaben nach Absatz 2 Bericht. Absatz 3 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend. Die Länder übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit auf Anforderung die für die Erstellung des Berichts erforderlichen Ergebnisse ihrer Auswertungen nach Absatz 3.“

2. In § 19 wird die Angabe „2017“ jeweils durch die Angabe „2021“ ersetzt.

## **Artikel 17e**

### **Änderung des Heilpraktikergesetzes**

§ 2 Absatz 1 des Heilpraktikergesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2122-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„(1) Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, bisher berufsmäßig nicht ausgeübt hat, kann eine Erlaubnis nach § 1 in Zukunft nach Maßgabe der gemäß § 7 erlassenen Rechts- und Verwaltungsvorschriften erhalten, die insbesondere Vorgaben hinsichtlich Kenntnissen und Fähigkeiten als Bestandteil der Entscheidung über die Erteilung der Erlaubnis enthalten sollen.“

## **Artikel 17f**

### **Änderung der Ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz**

§ 2 Absatz 1 der Ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2122-2-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 4. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4456) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Buchstabe i wird wie folgt gefasst:

„i) wenn sich aus einer Überprüfung der Kenntnisse und Fähigkeiten des Antragstellers durch das Gesundheitsamt, die auf der Grundlage von Leitlinien zur Überprüfung von Heilpraktikeranwärtern durchgeführt wurde, ergibt, dass die Ausübung der Heilkunde durch den Betreffenden eine Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung oder für die ihn aufsuchenden Patientinnen und Patienten bedeuten würde.“

2. Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit macht Leitlinien zur Überprüfung von Heilpraktikeranwärtern bis spätestens zum 31. Dezember 2017 im Bundesanzeiger bekannt. Bei der Erarbeitung der Leitlinien sind die Länder zu beteiligen.“

## **Artikel 18**

### **Inkrafttreten**

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

**07.12.16**

**Empfehlungen**  
**der Ausschüsse**

**G**

zu **Punkt 13** der 952. Sitzung des Bundesrates am 16. Dezember 2016

---

Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III)

A

1. Der Gesundheitsausschuss empfiehlt dem Bundesrat, dem vom Deutschen Bundestag am 1. Dezember 2016 verabschiedeten Gesetz gemäß Artikel 104a Absatz 4 des Grundgesetzes zuzustimmen.

## B

2. Der Gesundheitsausschuss empfiehlt ferner, folgende EntschlieÙung zu fassen:

Mit dem vom Deutschen Bundestag beschlossenen Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) vollzieht die Bundesregierung nun zum letztmöglichen Zeitpunkt einen weiteren Schritt der Pflegereform und führt den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungssystem auch in die Sozialhilfe ein. Damit verbunden sind weitreichende Veränderungen im Sozialhilferecht, die auch eine Neuausrichtung des Leistungsrechts der Hilfe zur Pflege mit Leistungsausweitungen und neuen Leistungen beinhalten.

Der Bundesrat hat bereits mit seinen Beschlüssen vom 25. September und 18. Dezember 2015 (vgl. BR-Drucksache 354/15 und 567/15) zum Zweiten Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II) deutlich zum Ausdruck gebracht, dass die seit dem Jahr 2009 von den Ländern geforderte Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und das damit verbundene neue Begutachtungsverfahren ausdrücklich begrüÙt werden. Insbesondere haben die Länder aber bereits im Rahmen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes auch ihr Unverständnis in Bezug auf die rechtssystematisch und sozialpolitisch nicht nachvollziehbare Entkoppelung eines einheitlichen Lebenssachverhaltes hingewiesen, der in zwei Sozialgesetzbüchern - dem SGB XI als "Teilleistungssystem" und dem SGB XII als ergänzendes, "bedarfsdeckendes System" geregelt ist und durch zwei getrennte Gesetzgebungsverfahren (PSG II und PSG III) geändert werden soll. Zur Sicherstellung des nahtlosen Übergangs in das neue Leistungsrecht und zur Definition des Leistungsspektrums der Sozialhilfe einschließlich Abgrenzung zum SGB XI haben sie daher eine umgehende zeitnahe Umsetzung der grundlegenden pflegerechtlichen Änderungen auch im Sozialhilferecht gefordert.

Die Länder begrüßen ausdrücklich, dass der eingeleitete Perspektiven- und Paradigmenwechsel mit der Teilhabeorientierung in der Pflege nun auch in der Sozialhilfe Eingang findet und pflegebedürftige Menschen mit Einschränkungen in der Alltagskompetenz einbezogen werden. Damit wird auch einem dringenden sozialpolitischen Anliegen der Länder Rechnung getragen, pflegebedürftige Menschen im Leistungsbezug der Sozialhilfe gegenüber dem neuen Leistungsrecht der Pflegeversicherung nicht schlechter zu stellen. Die Länder bezweifeln allerdings die von der Bundesregierung prognostizierte Entlastung der Träger der Sozialhilfe. Eine solche Entlastung wird derzeit nicht als belegt und gesichert angesehen. Im Gegenteil ist zu befürchten, dass die Umsetzung des zweiten Artikels des PSG III mit der Gefahr von Mehrausgaben für die Träger der Sozialhilfe, das heißt insbesondere für die Kommunen verbunden ist.

Die finanziellen Gesamtfolgen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Leistungsspektrums bedürfen daher einer genauen Analyse und der nachvollziehbaren, auf valider Grundlage beruhenden Bezifferung und Begründung. Aus diesem Grund müssen die Auswirkungen auf die Sozialhilfe ab dem Jahr 2017 evaluiert werden.

Die Evaluationsklausel des § 18c SGB XI ist für die Feststellung der Kostenfolgen und der Ausgabenentwicklung in der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII nicht ausreichend, weil hiernach nicht zwingend auch die Auswirkungen auf das SGB XII untersucht werden müssen und Kostenfolgen für die Sozialhilfe überhaupt keinen Untersuchungsgegenstand darstellen.

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung daher auf, unter Beteiligung der Länder eine begleitende wissenschaftliche Evaluation zu beauftragen und dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat über die Ergebnisse dieser Untersuchung zu berichten. Im Rahmen der Evaluation sind insbesondere Auswirkungen hinsichtlich der folgenden Aspekte zu untersuchen:



- a) Brutto- und Nettoausgaben der Träger der Sozialhilfe für erbrachte Leistungen nach dem Siebten Kapitel des SGB XII im Vergleich zu den jeweiligen Ausgaben des Jahres 2016;
- b) Verwaltungsausgaben der Träger der Sozialhilfe im Rahmen des Siebten Kapitels des SGB XII im Vergleich zu den Ausgaben des Jahres 2016;
- c) Entwicklung der Anzahl der Leistungsberechtigten im Rahmen des Siebten Kapitels des SGB XII nach Pflegegraden, Leistungsart und -umfang sowie Versichertenstatus;
- d) Entwicklung der Anzahl der Leistungsberechtigten, die sowohl Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sechsten Kapitel als auch Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Siebten Kapitel des SGB XII erhalten;
- e) Auswirkungen der Regelungen im SGB XI und SGB XII zur Abgrenzung der Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch sowie den Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege nach dem Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches.

Die Bundesregierung wird gebeten, einen Beirat zur Begleitung der Evaluation einzurichten, dem Vertreterinnen und Vertreter der Kommunalen Spitzenverbände, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Länder, der Wissenschaft, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales angehören.

Der Bericht über die Ergebnisse der Evaluation für die Jahre 2017 bis 2021 ist aus Sicht der Länder bis zum 30. Juni 2022 vorzulegen und zu veröffentlichen.

Für die Bundesregierung besteht hinsichtlich der geforderten Evaluation kein Risiko, da sie - von der Richtigkeit ihrer Berechnungen überzeugt - sogar unter Berücksichtigung der durchschnittlichen jährlichen Ausgabensteigerungen in der Hilfe zur Pflege im Ergebnis mit erheblichen Entlastungen der Träger der Sozialhilfe rechnet. Bei einem gegenteiligen Ergebnis der Evaluation erwarten die Länder, dass in weiteren Gesetzgebungsverfahren die im Rahmen der Umsetzung des PSG III von der Bundesregierung vorhergesagte Entlastung zugunsten der Träger der Sozialhilfe umgesetzt wird.

\*

**14.12.16**

## **Antrag**

**des Landes Nordrhein-Westfalen**

---

### **Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III)**

Punkt 13 der 952. Sitzung des Bundesrates am 16. Dezember 2016

Der Bundesrat möge beschließen:

1. Der Bundesrat begrüßt grundsätzlich die Zielrichtung der im Rahmen des Verfahrens beim Deutschen Bundestag vorgenommenen Ergänzungen, insbesondere der §§ 84 und 89 SGB XI, die einen Gleichklang der leistungsgerechten Bezahlung zwischen tarifgebundenen und nicht-tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen zum Ziel haben.
2. Allerdings ist der Bundesrat der Auffassung, dass diese Regelungen tief in das Vergütungsrecht des SGB XI eingreifen und deren Umsetzung derzeit noch nicht absehbare Konsequenzen bei den Vergütungen in der stationären und ambulanten Pflege und der Verhandlung dieser Vergütungen zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern nach sich zieht.
3. Insbesondere die Auswirkungen der Neuregelung des § 84 Absatz 2 Satz 6 SGB XI hinsichtlich der über Tarifvertrag hinausgehenden Vergütungen sind derzeit nicht abschätzbar. Unklar ist, wie die nicht-tarifgebundenen Einrichtungen diese Möglichkeit in der Praxis umsetzen und sich die Regelungen auf das Tarifsystem und den zwischen den Leistungserbringern bestehenden Wettbewerb auswirken.

4. Der Bundesrat betont, dass die Regelung nicht dazu führen darf, dass die eigentliche Intention unterlaufen wird, einen Anreiz für tarifgerechte Entlohnung zu schaffen, sondern vielmehr genutzt wird, einer Wettbewerbsverzerrung zu Lasten tarifgebundener Einrichtungen Vorschub zu leisten, indem die Möglichkeit der Anerkennung übertariflicher Bezahlung selektiv genutzt wird und der "Abwerbung" von Pflegefachkräften dient, ohne das Durchschnittsniveau der Gehälter für Beschäftigte zu verbessern.
5. Der Bundesrat fordert die Bundesregierung daher auf, die Neuausrichtung der Vergütungsverfahren auf der Grundlage der oben genannten Änderungen zu evaluieren und bis 31. Dezember 2019 einen Evaluationsbericht vorzulegen. Schwerpunkte der Evaluation sollten
  - die Entwicklung der Vergütungen und der Personalstruktur, differenziert nach nicht-tarifgebunden und tarifgebunden Einrichtungen, sowie die
  - Auswirkungen auf die jeweiligen Pflegevergütungen und die Finanzierungsanteile insbesondere der Betroffenen, ihre Angehörigen und der Sozialhilfe

sein.

Begründung:

Die Regelung zur tarifentsprechenden Bezahlung des Personals in nicht tarifgebundenen Einrichtungen ist grundsätzlich begrüßenswert. Allerdings werfen die jetzt gewählten Formulierungen Fragen hinsichtlich ihrer praktischen Umsetzung und der daraus resultierenden Auswirkungen auf.

Fraglich ist insbesondere, wie sich die Regelungen auf das Tarifvertragsgefüge auswirken, wie die grundsätzlich eingeräumte Möglichkeit übertariflicher Bezahlung von nicht-tarifgebundenen Einrichtungen genutzt wird und ob diesen hierdurch ein Vorteil gegenüber tarifgebundenen Einrichtungen entsteht. Es ist nicht auszuschließen, dass nicht-tarifgebundene Einrichtungen ihre Gesamtpersonalkonzeption darauf ausrichten werden, die Möglichkeit der Anerkennung einer über tarifliche Vergleichsentgelte hinausgehenden Vergütung nur für spezielle Fachkräfte zu nutzen. So könnte das Durchschnittsniveau der Gehälter für das Gros der Beschäftigten unverändert (gering) bleiben, um übertarifliche Gehälter für Fachkräfte mit "Leistungsverantwortung oder Übernahme besonderer Aufgaben" (vgl. Begründung zu §§ 84 und 89 Absatz 1

SGB XI in der Beschlussempfehlung und dem Bericht des federführenden Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages (vgl. BT-Drucksache 18/10510) hinsichtlich der Frage des Vorliegens eines "sachlichen Grundes" für eine über Tarifniveau hinausgehende Vergütung) zu finanzieren und damit ihre Attraktivität als Arbeitgeber zu steigern, ohne ihr Einrichtungspreisniveau wesentlich zu verändern.

Es ist nicht auszuschließen, dass damit aus den tarifgebundenen Einrichtungen Fachkräfte abgeworben werden. Eine Splittung der Gehälter birgt gegebenenfalls sogar die Gefahr der Verschlechterung der finanziellen Situation eines großen Teils der Beschäftigten in nicht-tarifgebundenen Einrichtungen in sich. Um dies zu vermeiden, fehlt - zur Wahrung der Gleichbehandlung der Einrichtungen - in den jetzt geänderten Vorschriften eine konkrete Vorgabe, die bestimmt, dass für den Fall einer Orientierung am Tarifniveau diese für alle Beschäftigten in nicht-tarifgebundenen Einrichtungen gelten muss.

**14.12.16**

## **Antrag**

**der Länder Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Hamburg,  
Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen**

---

### **Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III)**

Punkt 13 der 952. Sitzung des Bundesrates am 16. Dezember 2016

- I. Der Bundesrat möge zu dem Gesetz die nachfolgende EntschlieÙung fassen:
1. Der Bundesrat würdigt ausdrücklich die umfassendste Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung seit ihrer Einführung. Diese Reform wurde in Expertengremien gründlich vorbereitet, seit 2014 in drei Schritten ausgestaltet und wird nun mit dem PSG III gesetzgeberisch abgeschlossen. Die Reform setzt eine zeitgemäÙe Definition von Pflegebedürftigkeit um, die neben körperlichen auch kognitive oder psychische Beeinträchtigungen berücksichtigt.
  2. Der Bundesrat begrüÙt, dass die pflegerischen Bedarfe von Menschen, die gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können, durch die Einführung eines teilhabeorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs künftig besser berücksichtigt werden.
  3. Der Bundesrat bedauert allerdings, dass es das PSG III versäumt, in einem ausreichenden Maße die Rolle der Kommunen in der Pflege zu stärken. Für ältere Menschen, Pflegebedürftige und Menschen mit einer Behinderung

und ihre Familien leisten sie umfangreiche Unterstützung, zum Beispiel im Rahmen von Altenhilfe, Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Beratungs- und Koordinierungsstellen, familienentlastenden und familienunterstützenden Hilfen, Förderung bürgerschaftlichen Engagements, rechtlicher Betreuung sowie Maßnahmen zum Wohnumfeld und zur Nutzbarkeit des öffentlichen Personennahverkehrs. Dem stehen im Bereich der pflegerischen Versorgungsstrukturen nur begrenzte Gestaltungsmöglichkeiten in Planung, Beratung und Steuerung gegenüber.

4. Der Bundesrat erinnert daran, dass sich die Bund-Länder-Arbeitsgruppe "Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege" (Bund-Länder-AG) einig war, dass nur im engen Zusammenwirken von Bund, Ländern, Kommunen, Pflegeassen und Pflegeeinrichtungen das Ziel erreicht werden kann, so lange wie möglich den Verbleib in der gewohnten häuslichen und familiären Umgebung zu unterstützen und ein selbstbestimmtes Leben im vertrauten Quartier beziehungsweise Sozialraum zu gewährleisten. Eine zukunftsfähige, ortsnahe und aufeinander abgestimmte pflegerische Versorgung der Bevölkerung benötigt als Basis einen Sozialraum, in dem Unterstützungsbedarfe der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen so weit wie möglich von bestehenden Institutionen (zum Beispiel Vereinen, Wohnungswirtschaft, Mittagstischen et cetera), bürgerschaftlichem Engagement, Nachbarschaftshilfe und ambulanten Diensten aufgefangen werden.
5. Der Bundesrat bekräftigt ausdrücklich das Erfordernis, praktikable und kommunalnahe "Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen" zu implementieren. Diese Implementierung folgt einer Verpflichtung des Bundes aus der Bund-Länder-AG, bundesweit 60 "Modellkommunen Pflege" zuzulassen, in denen ein ganzheitlicher und sozialräumlicher Beratungsansatz erprobt wird, um eine Weiterentwicklung der Beratungsstrukturen in der Pflege zu erreichen.
6. Die im PSG III in den §§ 123, 124 SGB XI getroffenen Regelungen sind nicht geeignet, den sozialräumlichen Beratungsansatz, den die Bund-Länder-AG mit den "Modellkommunen Pflege" verfolgte, in der Praxis zu realisieren. Eine Zielsetzung der Bund-Länder-AG war, die Bündelung von Beratungsstrukturen mit einem ganzheitlichen Beratungsansatz unter Federführung der "Modellkommune" zu ermöglichen. Die Beratung im

engeren Pflegekontext soll dabei um weitere Elemente aus dem Bereich der kommunalen Infrastruktur, des breiten kommunalen Aufgabenportfolios und der Daseinsvorsorge ergänzt werden. Bestehende gut funktionierende Beratungsstrukturen vor Ort, auch solche der Pflegekassen, sollen in die "Modellkommune Pflege" integriert werden. Es geht darum, einen anderen integrativen Beratungsansatz im sozialräumlichen Kontext zu erproben und nicht darum festzustellen, ob Kassen oder Kommunen eine bestimmte Aufgabe besser wahrnehmen. Hierfür müssen die Kommunen aufgrund ihrer lokalen, sozialraumorientierten Verantwortung für die Bürgerinnen und Bürger die Federführung übernehmen.

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 23. September 2016 zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz - PSG III) (vgl. BR-Drucksache 410/16 (Beschluss)) eine alternative Fassung der §§ 123, 124 SGB XI vorgeschlagen, die den Ergebnissen der Bund-Länder-AG entspricht. Hierzu hat die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung vom 12. Oktober 2016 (vgl. BT-Drucksache 18/9959) ausgeführt, den Vorschlag einer Neufassung der §§ 123 und 124 SGB XI zu prüfen, soweit die Regelungen mit den Empfehlungen der Bund-Länder-AG vereinbar sind.

Der Deutsche Bundestag hat am 1. Dezember 2016 das PSG III beschlossen. Dieses sieht allerdings keine wesentlichen Änderungen und Anpassungen an die Beschlüsse der Bund-Länder-AG vor. Stattdessen wurden eher redaktionelle Änderungen in die §§ 123, 124 SGB XI aufgenommen, die nicht geeignet sind, eine praxistaugliche Regelungsgrundlage für die Modellvorhaben zu bieten.

Die nunmehrigen Regelungen lassen anstelle des in der Bund-Länder-AG vereinbarten ganzheitlichen Beratungsansatzes lediglich ein Konstrukt der Aufgabenübernahme durch die Kommunen zu, das eine künstliche Konkurrenzsituation zwischen Pflegekassen und Kommunen schafft und jegliche Kooperation von Beratungsinstitutionen ausschließt.



II. Der Bundesrat stellt seine Bedenken zugunsten einer Verabschiedung der leistungs- und vertragsrechtlichen Vorschriften des PSG III zunächst zurück. Er fordert aber die Bundesregierung auf, schnellstmöglich einen weiteren Gesetzentwurf vorzulegen, der die vom Bundesrat in seiner Stellungnahme vom 23. September 2016 vorgeschlagene Formulierung der §§ 123, 124 SGB XI übernimmt. Insbesondere folgende Aspekte sind zu berücksichtigen:

1. Anstelle der bislang in § 123 Absatz 1 Satz 3 SGB XI vorgesehenen Regelung, wonach die Kommunen die Aufgaben mit eigenen Beratungsstellen übernehmen müssen, womit zugleich jede Art von Kooperation mit vorhandenen funktionierenden Beratungsangeboten ausgeschlossen wird, muss eine Regelung dergestalt getroffen werden, dass die Modellvorhaben insbesondere folgende Aufgaben umfassen können: die Beratung der Altenhilfe nach § 71 Absatz 2 Nummer 3 und 4 SGB XII, die Beratung nach §§ 34 und 106 SGB IX, die Beratung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Beratung im Bereich rechtlicher Betreuung, die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c SGB XI, die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI und die Pflegekurse nach § 45 SGB XI. In den Modellvorhaben soll insbesondere die Zusammenarbeit mit behindertengerechten Wohnangeboten, mit dem öffentlichen Nahverkehr und mit der Förderung des bürgerschaftlichen Engagements sichergestellt werden.
2. Die Stadtstaatenregelung in §123 Absatz 1 SGB XI ist zu streichen, da sie den Stadtstaaten - anders als allen anderen Großstädten - verwehrt, den Modellversuch in der gesamten Stadt durchführen können.
3. Anstelle der bislang in § 123 Absatz 3 Satz 4 SGB XI vorgesehenen Regelung, wonach die Länder insgesamt bei der Genehmigung sicherstellen sollen, dass die Hälfte aller bewilligten Modellvorhaben durch Antragsteller nach § 123 Absatz 1 SGB XI durchgeführt wird, die keine mehrjährigen Erfahrungen in strukturierter Zusammenarbeit in der Beratung aufweisen, ist eine Regelung dergestalt aufzunehmen, dass die Länder darauf hinwirken, dass unterschiedliche Ansätze erprobt werden und über die Genehmigung im Benehmen mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene und den Landesverbänden der Pflegekassen entscheiden.

4. Anstelle der bislang in § 123 Absatz 4 Satz 1 SGB XI vorgesehenen Regelung, wonach der GKV-Spitzenverband Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben beschließen soll, ist eine Regelung dergestalt aufzunehmen, dass das Nähere zu den konkreten Voraussetzungen, Zielen, dem Inhalt und der Durchführung der Modellvorhaben sowie zum Antragsverfahren und zum Widerruf einer Genehmigung durch landesrechtliche Vorschriften zu regeln ist.
5. Anstelle der Vorschrift nach § 123 Absatz 5 Satz 2 SGB XI, wonach die Beiträge der Pflegekassen zu den Modellversuchen auf deren Ausgabenvolumen vor dem Modellversuch begrenzt werden, ist eine Regelung aufzunehmen, die sicherstellt, dass demografisch bedingte Steigerungen und Zunahmen der Beratungsnachfrage nicht zu einseitigen Belastungen der Modellkommune führen.
6. Die vorgesehene Nachweispflicht der Kommunen in § 123 Absatz 7 SGB XI entspricht nicht den Absprachen in der Bund-Länder-AG. Sie wäre auch in der Praxis nicht umsetzbar, da die Nachweisführung über die eingebrachten Mittel vor und nach Beginn der Modellvorhaben auf Grundlage der Haushaltsaufstellung nicht hinreichend gelingen könnte. Da gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen ohnehin eine Nachweis- und Berichtspflicht besteht (§ 123 Absatz 5 Nummer 3 SGB XI), kann auf weitergehende Vorgaben verzichtet werden; die betreffende Regelung ist zu streichen.
7. Anstelle der Vorschrift in § 124 Absatz 2 SGB XI, wonach die Genehmigung zur Durchführung eines Modellvorhabens zu widerrufen ist, wenn die in § 123 Absatz 1 Satz 5 SGB XI genannten Aufgaben oder die nach § 123 Absatz 5 Satz 1 SGB XI vereinbarten oder die in § 123 Absatz 5 Satz 2 oder Absatz 7 SGB XI festgelegten Anforderungen nicht oder nicht in vollem Umfang erfüllt werden, ist eine Ermessensregelung aufzunehmen, damit die zuständigen obersten Landesbehörden bei geringfügigen "Verstößen" die Verhältnismäßigkeit wahren können.