

Bundesrat

Drucksache 488/12

31.08.12

G

Gesetzesbeschluss
des Deutschen Bundestages

**Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz - PNG)**

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 188. Sitzung am 29. Juni 2012 aufgrund der Beschlussempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Gesundheit – Drucksachen 17/10157, 17/10170 – den von der Bundesregierung eingebrachten

Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG)
– Drucksachen 17/9369, 17/9669 –

in beigefügter Fassung angenommen.

Fristablauf: 21.09.12

Erster Durchgang: Drs. 170/12

Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Nach der Angabe zu § 7a wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 7b Beratungsgutscheine“.

b) Nach der Angabe zu § 18 werden die folgenden Angaben eingefügt:

„§ 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten

§ 18b Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren“.

c) Nach der Angabe zu § 38 wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen“.

d) Nach der Angabe zu § 45d werden die folgenden Angaben eingefügt:

„Sechster Abschnitt

Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen

§ 45e Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

§ 45f Weiterentwicklung neuer Wohnformen“.

e) Nach der Angabe zu § 53a wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 53b Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“.

f) Nach der Angabe zu § 97c wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 97d Begutachtung durch unabhängige Gutachter“.

g) Nach der Angabe zu § 117 wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung“.

h) Nach der Angabe zu § 122 werden die folgenden Angaben eingefügt:

„§ 123 Übergangsregelung: Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

§ 124 Übergangsregelung: Häusliche Betreuung

§ 125 Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste“.

- i) Nach der Angabe zu § 125 werden die folgenden Angaben eingefügt:

„Dreizehntes Kapitel

Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge

§ 126	Zulageberechtigte
§ 127	Pflegevorsorgezulage; Fördervoraussetzungen
§ 128	Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens
§ 129	Wartezeit bei förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen
§ 130	Verordnungsermächtigung“.

2. § 7 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, in für sie verständlicher Weise zu unterrichten, zu beraten und darüber aufzuklären, dass ein Anspruch besteht auf die Übermittlung

1. des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie
2. der gesonderten Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18a Absatz 1.“

3. Nach § 7a wird folgender § 7b eingefügt:

„§ 7b

Beratungsgutscheine

(1) Die Pflegekasse hat dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch entweder

1. unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragsingang durchzuführen ist, oder
2. einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen nach Antragsingang eingelöst werden kann; § 7a Absatz 4 Satz 5 ist entsprechend anzuwenden.

Die Beratung richtet sich nach den §§ 7 und 7a. Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung in der häuslichen Umgebung stattzufinden und kann auch nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist durchgeführt werden; über diese Möglichkeiten hat ihn die Pflegekasse aufzuklären.

(2) Die Pflegekasse hat sicherzustellen, dass die Beratungsstellen die Anforderungen an die Beratung nach den §§ 7 und 7a einhalten. Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen mit unabhängigen und neutralen Beratungsstellen, die insbesondere Regelungen treffen für

1. die Anforderungen an die Beratungsleistung und die Beratungspersonen,
2. die Haftung für Schäden, die der Pflegekasse durch fehlerhafte Beratung entstehen, und
3. die Vergütung.

(3) Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 dürfen personenbezogene Daten nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies für Zwecke der Beratung nach den §§ 7 und 7a erforderlich ist und der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter eingewilligt hat. Zudem ist der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter zu Beginn der Beratung darauf hinzuweisen, dass die Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, entsprechend.“

4. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „haben durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen“ durch die Wörter „beauftragen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „hat“ durch das Wort „haben“ ersetzt und werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst“ die Wörter „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter“ eingefügt.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „hat“ durch die Wörter „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben“ ersetzt.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ die Wörter „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter“ eingefügt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „soll“ durch das Wort „ist“ ersetzt und werden die Wörter „mitgeteilt werden“ durch das Wort „mitzuteilen“ ersetzt.

cc) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter an die Pflegekasse weiterleiten.“

dd) In Satz 7 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienstes“ die Wörter „oder der beauftragten Gutachter“ eingefügt.

ee) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Der Antragsteller hat ein Recht darauf, dass mit dem Bescheid das Gutachten übermittelt wird. Bei der Begutachtung ist zu erfassen, ob der Antragsteller von diesem Recht Gebrauch machen will. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen.“

d) Nach Absatz 3 werden die folgenden Absätze 3a und 3b eingefügt:

„(3a) Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen,

1. soweit nach Absatz 1 unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder
2. wenn innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

Auf die Qualifikation und Unabhängigkeit des Gutachters ist der Versicherte hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. Die Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen.

(3b) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in Absatz 3 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen. Die Träger der Pflegeversicherung und die privaten Versicherungsunternehmen veröffentlichen jährlich jeweils bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres eine Statistik über die Einhaltung der Fristen nach Absatz 3.“

- e) In Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „soll“ durch die Wörter „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter sollen“ ersetzt.
 - f) In Absatz 5 Satz 1 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienst“ die Wörter „oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachtern“ eingefügt.
 - g) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden das Wort „hat“ durch die Wörter „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben“ und das Wort „seiner“ durch die Wörter „seiner oder ihrer“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 werden das Wort „seiner“ durch die Wörter „seiner oder ihrer“ und das Wort „hat“ durch das Wort „haben“ ersetzt sowie nach den Wörtern „Medizinische Dienst“ die Wörter „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter“ eingefügt.
 - cc) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation sind durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren.“
 - h) Dem Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:

„Für andere unabhängige Gutachter gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.“
5. Nach § 18 werden die folgenden §§ 18a und 18b eingefügt:

„§ 18a

Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten

(1) Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit leitet die Pflegekasse dem Antragsteller die gesonderte Rehabilitationsempfehlung des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter zu und nimmt umfassend und begründet dazu Stellung, inwieweit auf der Grundlage der Empfehlung die Durchführung einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation angezeigt ist. Die Pflegekasse hat den Antragsteller zusätzlich darüber zu informieren, dass mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches ausgelöst wird, sofern der Antragsteller in dieses Verfahren einwilligt.

(2) Die Pflegekassen berichten für die Geschäftsjahre 2013 bis 2015 jährlich über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung oder der beauftragten Gutachter zur medizinischen Rehabilitation. Hierzu wird insbesondere Folgendes gemeldet:

1. die Anzahl der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten Gutachter für Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit,
2. die Anzahl der Anträge an den zuständigen Rehabilitationsträger gemäß § 31 Absatz 3 in Verbindung mit § 14 des Neunten Buches,

3. die Anzahl der genehmigten und die Anzahl der abgelehnten Leistungsentscheidungen der zuständigen Rehabilitationsträger einschließlich der Gründe für Ablehnungen sowie die Anzahl der Widersprüche und
4. die Anzahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen.

Die Meldung durch die Pflegekassen erfolgt bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Näheres über das Meldeverfahren und die Inhalte entwickelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bereitet die Daten auf und leitet die aufbereiteten und auf Plausibilität geprüften Daten bis zum 30. Juni des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem Bundesministerium für Gesundheit zu. Der Verband hat die aufbereiteten Daten der landesunmittelbaren Versicherungsträger auch den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder den von diesen bestimmten Stellen auf Verlangen zuzuleiten. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veröffentlicht auf Basis der gemeldeten Daten sowie sonstiger Erkenntnisse jährlich einen Bericht bis zum 1. September des dem Berichtsjahr folgenden Jahres.

§ 18b

Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken, bis zum 31. März 2013 für alle Medizinischen Dienste verbindliche Richtlinien. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen sind zu beteiligen.

(2) Die Richtlinien regeln insbesondere

1. allgemeine Verhaltensgrundsätze für alle unter der Verantwortung der Medizinischen Dienste am Begutachtungsverfahren Beteiligten,
2. die Pflicht der Medizinischen Dienste zur individuellen und umfassenden Information des Versicherten über das Begutachtungsverfahren, insbesondere über den Ablauf, die Rechtsgrundlagen und Beschwerdemöglichkeiten,
3. die regelhafte Durchführung von Versichertenbefragungen und
4. ein einheitliches Verfahren zum Umgang mit Beschwerden, die das Verhalten der Mitarbeiter der Medizinischen Dienste oder das Verfahren bei der Begutachtung betreffen.

(3) Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.“

6. In § 19 Satz 2 werden die Wörter „pflegebedürftige Person“ durch die Wörter „oder mehrere pflegebedürftige Personen“ ersetzt.
7. In § 23 Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „§ 14 Abs. 1 und 5 der Beihilfavorschriften des Bundes“ durch die Wörter „§ 46 Absatz 2 und 3 der Bundesbeihilfeverordnung“ ersetzt.
8. In § 27 Satz 3 wird die Angabe „Abs. 10“ durch die Angabe „Absatz 9“ ersetzt.
9. § 28 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 5 werden die Wörter „technische Hilfen“ durch die Wörter „wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ ersetzt.

bb) In Nummer 14 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 15 angefügt:

„15. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a).“

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

„(1b) Bis zum Erreichen des in § 45e Absatz 2 Satz 2 genannten Zeitpunkts haben Pflegebedürftige unter den Voraussetzungen des § 45e Absatz 1 Anspruch auf Anschubfinanzierung bei Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen.“

c) Dem Absatz 1b wird folgender Satz angefügt:

„Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz haben bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, Anspruch auf verbesserte Pflegeleistungen (§ 123).“

10. In § 34 Absatz 3 wird die Angabe „nach § 44“ durch die Wörter „nach den §§ 44 und 44a“ ersetzt.

11. Nach § 37 Absatz 2 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 und einer Verhinderungspflege nach § 39 jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.“

12. Dem § 38 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 und einer Verhinderungspflege nach § 39 jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt. Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a) haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.“

13. Nach § 38 wird folgender § 38a eingefügt:

„§ 38a

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 Euro monatlich, wenn

1. sie in ambulant betreuten Wohngruppen in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung leben,
2. sie Leistungen nach § 36, § 37 oder § 38 beziehen,
3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Pflegekraft tätig ist, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet, und
4. es sich um ein gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen handelt mit dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung, dem die jeweils maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften oder ihre Anforderungen an Leistungserbringer nicht entgegenstehen.

(2) Keine ambulante Versorgungsform im Sinne von Absatz 1 liegt vor, wenn die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen rechtlich oder tatsächlich eingeschränkt ist. Die von der Gemeinschaft unabhängig getroffenen Regelungen und Absprachen sind keine tatsächlichen Einschränkungen in diesem Sinne.“

14. § 40 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) Satz 2 wird aufgehoben.

b) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe von 2 557 Euro je Pflegebedürftigem nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme nach Satz 3 ist auf 10 228 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.“

15. Dem § 41 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) In Fällen, in denen Pflegebedürftige ambulante Pflegesachleistungen und Tages- oder Nachtpflege in Anspruch nehmen, sind die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen vorrangig vor den Vergütungen für Tages- oder Nachtpflege abzurechnen und zu bezahlen.“

16. § 42 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres“ durch die Wörter „bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres“ ersetzt.
- b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist.“

17. § 44 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „ , und erfragt in den Fällen, in denen die Pflege des Pflegebedürftigen die Dauer von 14 Stunden unterschreitet, ob die Pflegeperson weitere Pflegebedürftige pflegt“ eingefügt.
- b) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Für die Fälle, in denen die Mindeststundenzahl von 14 Stunden wöchentlicher Pflege für die Rentenversicherungspflicht einer Pflegeperson nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird, haben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Deutsche Rentenversicherung Bund das Verfahren und die Mitteilungspflichten zwischen den an einer Addition von Pflegezeiten beteiligten Pflegekassen und Versicherungsunternehmen durch Vereinbarung zu regeln. Die Pflegekassen und Versicherungsunternehmen dürfen die in Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 bis 3 und 6 und, soweit dies für eine sichere Identifikation der Pflegeperson erforderlich ist, die in den Nummern 4 und 5 genannten Daten sowie die Angabe des zeitlichen Umfangs der Pflgetätigkeit der Pflegeperson an andere Pflegekassen und Versicherungsunternehmen, die an einer Addition von Pflegezeiten beteiligt sind, zur Überprüfung der Voraussetzungen der Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson übermitteln und ihnen übermittelte Daten verarbeiten und nutzen.“

18. § 45a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ die Wörter „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter“ eingefügt und wird das Wort „hat“ durch das Wort „haben“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 2 werden nach den Wörtern „der Gutachter des Medizinischen Dienstes“ die Wörter „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter“ eingefügt und wird das Wort „feststellt“ durch das Wort „feststellen“ ersetzt.

19. § 45d wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) In entsprechender Anwendung des § 45c können die dort vorgesehenen Mittel des Ausgleichsfonds, die dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenziell Erkrankte zur Verfügung stehen, auch verwendet werden zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Gruppen ehren-

amtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Dem Wortlaut werden die folgenden Sätze vorangestellt:

„Je Versicherten werden 0,10 Euro je Kalenderjahr verwendet zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben. Dabei werden die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren entsprechend angewendet.“

bb) Im bisherigen Satz 1 werden die Wörter „im Sinne von Absatz 1“ gestrichen.

cc) Im bisherigen Satz 2 werden die Wörter „im Sinne von Absatz 1“ und die Wörter „nach Satz 1“ gestrichen.

dd) Im bisherigen Satz 3 werden die Wörter „im Sinne von Absatz 1“ gestrichen.

ee) Folgender Satz wird angefügt:

„Eine Förderung der Selbsthilfe nach dieser Vorschrift ist ausgeschlossen, soweit für dieselbe Zweckbestimmung eine Förderung nach § 20c des Fünften Buches erfolgt.“

20. Nach § 45d wird folgender Sechster Abschnitt eingefügt:

„Sechster Abschnitt

Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen

§ 45e

Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Leistungen nach § 38a haben und die an der gemeinsamen Gründung beteiligt sind, für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Absatz 4 einmalig ein Betrag von bis zu 2 500 Euro gewährt. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen. Die Sätze 1 bis 3 gelten für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend.

(2) Die Pflegekassen zahlen den Förderbetrag aus, wenn die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe nachgewiesen wird. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt den Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist, spätestens aber am 31. Dezember 2015. Einzelheiten zu den Voraussetzungen und dem Verfahren der Förderung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

§ 45f

Weiterentwicklung neuer Wohnformen

(1) Zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen werden zusätzlich 10 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Dabei sind insbesondere solche Konzepte einzube-

ziehen, die es alternativ zu stationären Einrichtungen ermöglichen, außerhalb der vollstationären Betreuung bewohnerorientiert individuelle Versorgung anzubieten.

(2) Einrichtungen, die aus diesem Grund bereits eine Modellförderung, insbesondere nach § 8 Absatz 3, erfahren haben, sind von der Förderung nach Absatz 1 Satz 1 ausgenommen. Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 entsprechend.“

21. § 46 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 Satz 1 werden nach der Angabe „§ 7a Abs. 4 Satz 5“ die Wörter „und um die Aufwendungen für Zahlungen nach § 18 Absatz 3b“ eingefügt.
- b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „Pflegekassen“ die Wörter „und deren Arbeitsgemeinschaften“ eingefügt.
 - bb) In Satz 3 werden nach den Wörtern „bundesunmittelbaren Pflegekassen“ und „landesunmittelbaren Pflegekassen“ jeweils die Wörter „und deren Arbeitsgemeinschaften“ eingefügt.
 - cc) In Satz 5 werden nach dem Wort „Pflegekassen“ die Wörter „und deren Arbeitsgemeinschaften“ eingefügt.

22. Dem § 52 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Landesverbände haben insbesondere den Spitzenverband Bund der Pflegekassen bei der Erfüllung seiner Aufgaben zu unterstützen.“

23. In § 53a Satz 1 Nummer 4 werden nach dem Wort „Qualitätsprüfungen“ die Wörter „und zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen“ eingefügt.

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

„§ 53b

Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt bis zum 31. März 2013 mit dem Ziel einer einheitlichen Rechtsanwendung Richtlinien zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Die Richtlinien sind für die Pflegekassen verbindlich.

(2) Die Richtlinien regeln insbesondere Folgendes:

1. die Anforderungen an die Qualifikation und die Unabhängigkeit der Gutachter,
2. das Verfahren, mit dem sichergestellt wird, dass die von den Pflegekassen beauftragten unabhängigen Gutachter bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und bei der Zuordnung zu einer Pflegestufe dieselben Maßstäbe wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung anlegen,
3. die Sicherstellung der Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren und
4. die Einbeziehung der Gutachten der von den Pflegekassen beauftragten Gutachter in das Qualitätssicherungsverfahren der Medizinischen Dienste.

(3) Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

25. § 55 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „1,95 vom Hundert“ durch die Angabe „2,05 Prozent“ ersetzt.
- b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Bei landwirtschaftlichen Unternehmern sowie bei mitarbeitenden Familienangehörigen, die Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse sind, wird der Beitrag abweichend von den Absätzen

1 bis 3 in Form eines Zuschlags auf den Krankenversicherungsbeitrag, der nach den Vorschriften des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte aus dem Arbeitseinkommen aus Land- und Forstwirtschaft zu zahlen ist, erhoben. Die Höhe des Zuschlags ergibt sich aus dem Verhältnis des Beitragssatzes nach Absatz 1 Satz 1 zu dem allgemeinen Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches. Sind die Voraussetzungen für einen Beitragszuschlag für Kinderlose nach Absatz 3 erfüllt, erhöht sich der Zuschlag nach Satz 2 um das Verhältnis des Beitragszuschlags für Kinderlose nach Absatz 3 Satz 1 zu dem Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1.“

26. § 57 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Für die Beitragsbemessung der in § 20 Absatz 1 Nummer 3 genannten Altenteiler gilt § 45 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.“

27. § 71 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Nummer 2 werden jeweils die Wörter „nur“ gestrichen.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In den Sätzen 1, 2 und 3 wird jeweils das Wort „fünf“ durch das Wort „acht“ ersetzt.

bb) Die Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.

28. § 72 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 werden im Satzteil nach dem Semikolon die Wörter „örtlich und“ durch die Wörter „vor Ort“ ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 werden nach dem Wort „zahlen“ ein Komma sowie die Wörter „soweit diese nicht von einer Verordnung über Mindestentgeltsätze aufgrund des Gesetzes über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Arbeitnehmer-Entsendegesetz) erfasst sind“ eingefügt.

29. § 77 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung soll die Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, um dem Pflegebedürftigen zu helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen oder dem besonderen Wunsch des Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen; Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; § 112 ist entsprechend anzuwenden. Die Vergütungen sind für Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie für Betreuungsleistungen nach § 36 Absatz 1 zu vereinbaren. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. Die Sätze 4 und 5 gelten nicht, wenn

1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und

2. die vor dem 1. Mai 1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse aufgrund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.

In den Pflegeverträgen zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegekräften sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen zu beschreiben. § 120 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“

30. § 78 Absatz 2 Satz 1 wird aufgehoben und in dem bisherigen Satz 2 wird das Wort „Er“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.

31. In § 81 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „einschließlich der See-Krankenkasse“ gestrichen.

32. § 82b wird wie folgt geändert:

- a) Der Wortlaut wird Absatz 1.
 - b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:
 - „(2) Stationäre Pflegeeinrichtungen können für ehrenamtliche Unterstützung als ergänzendes Engagement bei allgemeinen Pflegeleistungen Aufwandsentschädigungen zahlen. Absatz 1 gilt entsprechend.“
33. In § 84 Absatz 2 Satz 4 werden nach dem Wort „ermöglichen,“ die Wörter „seine Aufwendungen zu finanzieren und“ eingefügt.
34. § 87b wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „Vollstationäre“ durch das Wort „Stationäre“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 Nummer 2 werden die Wörter „sozialversicherungspflichtig beschäftigtes“ gestrichen und werden nach dem Wort „Betreuungspersonal“ ein Komma sowie die Wörter „in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung“ eingefügt.
 - cc) In Satz 2 Nummer 3 wird das Wort „fünfundzwanzigste“ durch das Wort „vierundzwanzigste“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden“ eingefügt.
 - c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „bis zum 31. August 2008“ gestrichen, das Wort „vollstationären“ wird durch das Wort „stationären“ und das Wort „vollstationärer“ durch das Wort „stationärer“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 wird das Wort „Pflegeheime“ durch die Wörter „stationären Pflegeeinrichtungen“ ersetzt.
35. § 89 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 3 werden nach dem Wort „ermöglichen,“ die Wörter „seine Aufwendungen zu finanzieren und“ eingefügt.
 - b) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
 - „Die Vergütungen sind mit Wirkung ab dem 1. Januar 2013 nach Zeitaufwand und unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen je nach Art und Umfang der Pflegeleistung zu bemessen; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden.“
36. In § 94 Absatz 1 Nummer 8 werden nach der Angabe „(§ 7a)“ ein Komma und die Wörter „das Ausstellen von Beratungsgutscheinen (§ 7b)“ eingefügt.
37. Nach § 97c wird folgender § 97d eingefügt:

„§ 97d

Begutachtung durch unabhängige Gutachter

(1) Von den Pflegekassen gemäß § 18 Absatz 1 Satz 1 beauftragte unabhängige Gutachter sind berechtigt, personenbezogene Daten des Antragstellers zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für die Zwecke der Begutachtung gemäß § 18 erforderlich ist. Die Daten sind vertraulich zu behandeln. Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Daten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung des dem Gutachter von den Pflegekassen nach § 18 Absatz 1 Satz 1 erteilten Auftrags benötigen.

(2) Die unabhängigen Gutachter dürfen das Ergebnis der Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie die Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18 an die sie beauftragende Pflegekasse übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Pflegekasse erforderlich ist; § 35 des Ersten Buches gilt entsprechend. Dabei ist sicherzustellen, dass das Ergebnis der Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie die Rehabilitationsempfehlung nur den Personen zugänglich gemacht werden, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.

(3) Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen. § 107 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“

38. Dem § 105 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„§ 302 Absatz 2 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.“

39. § 109 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 3 werden nach dem Wort „Geschlecht“ ein Komma und das Wort „Geburtsjahr“ sowie nach dem Wort „Umschulung“ ein Komma und die Wörter „zusätzlich bei Auszubildenden und Umschülern Art der Ausbildung und Ausbildungsjahr“ eingefügt.
- b) In Nummer 5 werden nach dem Wort „Pflegebedürftige“ die Wörter „und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ eingefügt.

40. § 113 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 2 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und gelten vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats“ eingefügt.
- bb) In Satz 4 Nummer 2 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma und in Nummer 3 der Punkt am Ende durch das Wort „sowie“ ersetzt und wird folgende Nummer 4 angefügt:

„4. an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht.“

- b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „bis zum 31. März 2009“ durch die Wörter „innerhalb von sechs Monaten, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat,“ ersetzt.

41. § 114 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind ab dem 1. Januar 2014 verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen unmittelbar nach einer Regelprüfung darüber zu informieren, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in den Einrichtungen geregelt sind. Sie sollen insbesondere hinweisen auf

1. den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung der Einrichtung in Ärztenetze sowie
2. den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken.

Wesentliche Änderungen hinsichtlich der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie der Arzneimittelversorgung sind den Landesverbänden der Pflegekassen innerhalb von vier Wochen zu melden.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Landesverbände der Pflegekassen haben im Rahmen der Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden (§ 117) vor einer Regelprüfung insbesondere zu erfragen, ob Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen in einer Prüfung der nach heimrechtlichen Vorschriften

zuständigen Aufsichtsbehörde oder in einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren berücksichtigt worden sind. Hierzu können auch Vereinbarungen auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden sowie den für weitere Prüfverfahren zuständigen Aufsichtsbehörden getroffen werden. Um Doppelprüfungen zu vermeiden, haben die Landesverbände der Pflegekassen den Prüfungsumfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern, wenn

1. die Prüfungen nicht länger als neun Monate zurückliegen,
2. die Prüfergebnisse nach pflegefachlichen Kriterien den Ergebnissen einer Regelprüfung gleichwertig sind und
3. die Veröffentlichung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, gemäß § 115 Absatz 1a gewährleistet ist.

Die Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass von einer Verringerung der Prüfpflicht abgesehen wird.“

- c) Dem Absatz 5 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Kosten im Sinne der Sätze 2 und 3 sind nur zusätzliche, tatsächlich bei der Wiederholungsprüfung angefallene Aufwendungen, nicht aber Verwaltungs- oder Vorhaltekosten, die auch ohne Wiederholungsprüfung angefallen wären. Pauschalen oder Durchschnittswerte können nicht angesetzt werden.“

42. § 114a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „Prüfungen“ die Wörter „in stationären Pflegeeinrichtungen“ eingefügt.

- bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen sind am Tag zuvor anzukündigen.“

- b) Absatz 2 Satz 5 wird gestrichen.

- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Bei der Beurteilung der Pflegequalität sind die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen und Befragungen der Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen sowie der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der vertretungsberechtigten Personen angemessen zu berücksichtigen.“

- bb) Der neue Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Einsichtnahmen in Pflegedokumentationen, Inaugenscheinnahmen von Pflegebedürftigen und Befragungen von Personen nach Satz 2 sowie die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von Pflegebedürftigen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts bedürfen der Einwilligung der betroffenen Pflegebedürftigen.“

- d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Die Einwilligung nach Absatz 2 oder 3 muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeignete Weise abgegeben werden, die Person des Erklärenden benennen und den Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar machen (Textform). Ist der Pflegebedürftige einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen.“

43. Nach § 115 Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt:

„(1b) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass ab dem 1. Januar 2014 die Informationen gemäß § 114 Absatz 1 über die Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung in vollstationären Einrichtungen für die Pflegebedürftigen und

ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Informationen nach Satz 1 an gut sichtbarer Stelle in der Pflegeeinrichtung auszuhängen.“

44. § 117 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 1 wird vor dem Wort „gegenseitige“ das Wort „regelmäßige“ eingefügt und wird in Nummer 2 das Wort „oder“ durch das Wort „und“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und sich an entsprechenden Vereinbarungen zu beteiligen“ eingefügt.

b) Dem Wortlaut des Absatzes 2 werden die folgenden Sätze vorangestellt:

„Die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. können mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden ein Modellvorhaben vereinbaren, das darauf zielt, eine abgestimmte Vorgehensweise bei der Prüfung der Qualität von Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch und nach heimrechtlichen Vorschriften zu erarbeiten. Von den Richtlinien nach § 114a Absatz 7 und den nach § 115 Absatz 1a Satz 6 bundesweit getroffenen Vereinbarungen kann dabei für die Zwecke und die Dauer des Modellvorhabens abgewichen werden.“

45. Nach § 117 wird folgender § 118 eingefügt:

„§ 118

Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung

(1) Bei Erarbeitung oder Änderung

1. der in § 17 Absatz 1, den §§ 18b, 45a Absatz 2 Satz 3, § 45b Absatz 1 Satz 4 und § 114a Absatz 7 vorgesehenen Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen sowie
2. der Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner nach § 113 Absatz 1, § 113a Absatz 1 und § 115 Absatz 1a

wirken die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 2 beratend mit. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei Beschlussfassungen. Wird den schriftlichen Anliegen dieser Organisationen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten festzulegen für

1. die Voraussetzungen der Anerkennung der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung, sowie
2. das Verfahren der Beteiligung.“

46. § 120 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 und 3 wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Der Pflegevertrag kann von dem Pflegebedürftigen jederzeit ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) In dem Pflegevertrag sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Zeitvergütungen und der vom Zeitaufwand unabhängigen vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jede Komplexleistung gesondert zu beschreiben. Der Pflegedienst hat den Pflegebedürftigen unmittelbar nach Inkrafttreten dieser Regelung sowie vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung darüber zu unterrichten, wie sich die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung im Vergleich zu einer rein zeitbezogenen Vergütung darstellt und ihn auf seine Wahlmöglichkeiten bei der Zusammenstellung dieser Vergütungsformen hinzuweisen. Diese Gegenüberstellung hat in der Regel schriftlich zu erfolgen. Auf dieser Grundlage entscheidet der Pflegebedürftige über die Vergütungsform. In dem Pflegevertrag ist die Entscheidung zu dokumentieren.“

47. § 121 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 6 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

bb) Folgende Nummer 7 wird angefügt:

„7. entgegen § 128 Absatz 1 Satz 4 die dort genannten Daten nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig übermittelt.“

b) In Absatz 3 werden die Wörter „nach Absatz 1 Nr. 2“ durch die Wörter „nach Absatz 1 Nummer 2 und 7“ ersetzt.

48. Die folgenden §§ 123 bis 125 werden angefügt:

„§ 123

Übergangsregelung: Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

(1) Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, haben neben den Leistungen nach § 45b bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung auf Grund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, Ansprüche auf Pflegeleistungen nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Versicherte ohne Pflegestufe haben je Kalendermonat Anspruch auf

1. Pflegegeld nach § 37 in Höhe von 120 Euro oder
2. Pflegesachleistungen nach § 36 in Höhe von bis zu 225 Euro oder
3. Kombinationsleistungen aus den Nummern 1 und 2 (§ 38)

sowie Ansprüche nach den §§ 39 und 40.

(3) Für Pflegebedürftige der Pflegestufe I erhöhen sich das Pflegegeld nach § 37 um 70 Euro auf 305 Euro und die Pflegesachleistungen nach § 36 um 215 Euro auf bis zu 665 Euro.

(4) Für Pflegebedürftige der Pflegestufe II erhöhen sich das Pflegegeld nach § 37 um 85 Euro auf 525 Euro und die Pflegesachleistungen nach § 36 um 150 Euro auf bis zu 1 250 Euro.

§ 124

Übergangsregelung: Häusliche Betreuung

(1) Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, haben bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, nach den §§ 36 und 123 einen Anspruch auf häusliche Betreuung.

(2) Leistungen der häuslichen Betreuung werden neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung als pflegerische Betreuungsmaßnahmen erbracht. Sie umfassen Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen oder seiner Familie und schließen insbesondere das Folgende mit ein:

1. Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen,
2. Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags, insbesondere Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen und zur Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tag-/Nacht-Rhythmus.

Häusliche Betreuung kann von mehreren Pflegebedürftigen oder Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz auch als gemeinschaftliche häusliche Betreuung im häuslichen Umfeld einer oder eines Beteiligten oder seiner Familie als Sachleistung in Anspruch genommen werden.

(3) Der Anspruch auf häusliche Betreuung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind.

(4) Das Siebte, das Achte und das Elfte Kapitel sind entsprechend anzuwenden.

§ 125

Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann in den Jahren 2013 und 2014 aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit bis zu 5 Millionen Euro Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 durch Betreuungsdienste vereinbaren. Dienste können als Betreuungsdienste Vereinbarungspartner werden, die insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige dauerhaft häusliche Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung erbringen.

(2) Die Modellvorhaben sind darauf auszurichten, die Wirkungen des Einsatzes von Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung umfassend bezüglich Qualität, Wirtschaftlichkeit, Inhalt der erbrachten Leistungen und Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen zu untersuchen und sind auf längstens drei Jahre zu befristen. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Die Modellvorhaben sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen.

(3) Auf die am Modell teilnehmenden Dienste sind die Vorschriften dieses Buches für Pflegedienste entsprechend anzuwenden. An Stelle der verantwortlichen Pflegefachkraft können sie eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Kraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als verantwortliche Kraft einsetzen; § 71 Absatz 3 Satz 4 ist entsprechend anzuwenden. Die Zulassung der teilnehmenden Betreuungsdienste zur Versorgung bleibt bis zu zwei Jahre nach dem Ende des Modellprogramms gültig.“

49. Folgendes Dreizehntes Kapitel wird angefügt:

„Dreizehntes Kapitel
Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge

§ 126

Zulageberechtigte

Personen, die nach dem Dritten Kapitel in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind (zulageberechtigte Personen), haben bei Vorliegen einer auf ihren Namen lautenden privaten Pflege-Zusatzversicherung unter den in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage. Davon ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege-Zusatzversicherung bereits Leistungen nach § 123 oder als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben.

§ 127

Pflegevorsorgezulage, Fördervoraussetzungen

(1) Leistet die zulageberechtigte Person mindestens einen Beitrag von monatlich 10 Euro im jeweiligen Beitragsjahr zugunsten einer auf ihren Namen lautenden, gemäß Absatz 2 förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung, hat sie Anspruch auf eine Zulage in Höhe von monatlich 5 Euro. Die Zulage wird bei dem Mindestbeitrag nach Satz 1 nicht berücksichtigt. Die Zulage wird je zulageberechtigter Person für jeden Monat nur für einen Versicherungsvertrag gewährt. Der Mindestbeitrag und die Zulage sind für den förderfähigen Tarif zu verwenden.

(2) Eine nach diesem Kapitel förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung liegt vor, wenn das Versicherungsunternehmen hierfür

1. die Kalkulation nach Art der Lebensversicherung gemäß § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorsieht,
2. allen in § 126 genannten Personen einen Anspruch auf Versicherung gewährt,
3. auf das ordentliche Kündigungsrecht sowie auf eine Risikoprüfung und die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen verzichtet,
4. bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 einen vertraglichen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen für jede der in § 15 aufgeführten Pflegestufen, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für die in § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 aufgeführte Pflegestufe III, sowie bei Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a einen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen vorsieht; die tariflich vorgesehenen Geldleistungen dürfen dabei die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses jeweils geltende Höhe der Leistungen dieses Buches nicht überschreiten, eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist jedoch zulässig; weitere Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht vorsehen,
5. bei der Feststellung des Versicherungsfalles sowie der Festsetzung der Pflegestufe dem Ergebnis des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 sowie den Feststellungen über das Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a folgt; bei Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des privaten Versicherungsunternehmens zugrunde zu legen,
6. die Wartezeit auf höchstens fünf Jahre beschränkt,
7. einem Versicherungsnehmer, der hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches ist oder allein durch Zahlung des Beitrags hilfebedürftig würde, einen Anspruch gewährt, den Vertrag ohne

Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für eine Dauer von mindestens drei Jahren ruhen zu lassen oder den Vertrag binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts zu kündigen; für den Fall der Ruhendstellung beginnt diese Frist mit dem Ende der Ruhendstellung, wenn Hilfebedürftigkeit weiterhin vorliegt,

8. die Höhe der in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten begrenzt; das Nähere dazu wird in der Rechtsverordnung nach § 130 geregelt.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. wird damit beliehen, hierfür brancheneinheitliche Vertragsmuster festzulegen, die von den Versicherungsunternehmen als Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen förderfähiger Pflege-Zusatzversicherungen zu verwenden sind. Die Beleihung nach Satz 2 umfasst die Befugnis, für Versicherungsunternehmen, die förderfähige private Pflege-Zusatzversicherungen anbieten, einen Ausgleich für Überschäden einzurichten; § 111 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 gilt entsprechend. Die Fachaufsicht über den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zu den in den Sätzen 2 und 3 genannten Aufgaben übt das Bundesministerium für Gesundheit aus.

(3) Der Anspruch auf die Zulage entsteht mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung gemäß § 127 Absatz 1 geleistet worden sind (Beitragsjahr).

§ 128

Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens

(1) Die Zulage gemäß § 127 Absatz 1 wird auf Antrag gewährt. Die zulageberechtigte Person bevollmächtigt das Versicherungsunternehmen mit dem Abschluss des Vertrags über eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung, die Zulage für jedes Beitragsjahr zu beantragen. Sofern eine Zulagenummer oder eine Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches für die zulageberechtigte Person noch nicht vergeben ist, bevollmächtigt sie zugleich ihr Versicherungsunternehmen, eine Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, der zentralen Stelle nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage zugleich mit dem Antrag in dem Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. März des Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr folgt, Folgendes zu übermitteln:

1. die Antragsdaten,
2. die Höhe der für die zulagefähige private Pflege-Zusatzversicherung geleisteten Beiträge,
3. die Vertragsdaten,
4. die Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches, die Zulagenummer der zulageberechtigten Person oder einen Antrag auf Vergabe einer Zulagenummer,
5. weitere zur Auszahlung der Zulage erforderliche Angaben,
6. die Bestätigung, dass der Antragsteller eine zulageberechtigte Person im Sinne des § 126 ist, sowie
7. die Bestätigung, dass der jeweilige Versicherungsvertrag die Voraussetzungen des § 127 Absatz 2 erfüllt.

Die zulageberechtigte Person ist verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen unverzüglich eine Änderung der Verhältnisse mitzuteilen, die zu einem Wegfall des Zulageanspruchs führt. Hat für das Beitragsjahr, für das das Versicherungsunternehmen bereits eine Zulage beantragt hat, kein Zulageanspruch bestanden, hat das Versicherungsunternehmen diesen Antragsdatensatz zu stornieren.

(2) Die Auszahlung der Zulage erfolgt durch eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund; das Nähere, insbesondere die Höhe der Verwaltungskostenerstattung, wird durch Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Bund geregelt. Die Zulage wird bei Vorliegen der Voraussetzungen an das Versicherungsunternehmen gezahlt, bei dem der Vertrag über die private Pflege-Zusatzversicherung besteht, für den die Zulage beantragt wurde. Wird für eine zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag beantragt, so wird die Zulage für den jeweiligen Monat nur für den Vertrag

gewährt, für den der Antrag zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist. Soweit der zuständige Träger der Rentenversicherung keine Versicherungsnummer vergeben hat, vergibt die zentrale Stelle zur Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben eine Zulagenummer. Im Fall eines Antrags nach Absatz 1 Satz 3 teilt die zentrale Stelle dem Versicherungsunternehmen die Zulagenummer mit; von dort wird sie an den Antragsteller weitergeleitet. Die zentrale Stelle stellt auf Grund der ihr vorliegenden Informationen fest, ob ein Anspruch auf Zulage besteht, und veranlasst die Auszahlung an das Versicherungsunternehmen zugunsten der zulageberechtigten Person. Ein gesonderter Zulagebescheid ergeht vorbehaltlich des Satzes 9 nicht. Das Versicherungsunternehmen hat die erhaltenen Zulagen unverzüglich dem begünstigten Vertrag gutzuschreiben. Eine Festsetzung der Zulage erfolgt nur auf besonderen Antrag der zulageberechtigten Person. Der Antrag ist schriftlich innerhalb eines Jahres nach Übersendung der Information nach Absatz 3 durch das Versicherungsunternehmen vom Antragsteller an das Versicherungsunternehmen zu richten. Das Versicherungsunternehmen leitet den Antrag der zentralen Stelle zur Festsetzung zu. Es hat dem Antrag eine Stellungnahme und die zur Festsetzung erforderlichen Unterlagen beizufügen. Die zentrale Stelle teilt die Festsetzung auch dem Versicherungsunternehmen mit. Erkennt die zentrale Stelle nachträglich, dass der Zulageanspruch nicht bestanden hat oder weggefallen ist, so hat sie zu Unrecht gutgeschriebene oder ausbezahlte Zulagen zurückzufordern und dies dem Versicherungsunternehmen durch Datensatz mitzuteilen.

(3) Kommt die zentrale Stelle zu dem Ergebnis, dass kein Anspruch auf Zulage besteht oder bestanden hat, teilt sie dies dem Versicherungsunternehmen mit. Dieses hat die versicherte Person innerhalb eines Monats nach Eingang des entsprechenden Datensatzes darüber zu informieren.

(4) Das Versicherungsunternehmen haftet im Fall der Auszahlung einer Zulage gegenüber dem Zulageempfänger dafür, dass die in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(5) Die von der zentralen Stelle veranlassten Auszahlungen von Pflegevorsorgezulagen sowie die entstehenden Verwaltungskosten werden vom Bundesministerium für Gesundheit getragen. Zu den Verwaltungskosten gehören auch die entsprechenden Kosten für den Aufbau der technischen und organisatorischen Infrastruktur. Die gesamten Verwaltungskosten werden nach Ablauf eines jeden Beitragsjahres erstattet; dabei sind die Personal- und Sachkostensätze des Bundes entsprechend anzuwenden. Ab dem Jahr 2014 werden monatliche Abschläge gezahlt. Soweit das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über die zentrale Stelle ausübt, untersteht es abweichend von § 94 Absatz 2 Satz 2 des Vierten Buches dem Bundesministerium für Gesundheit.

§ 129

Wartezeit bei förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen

Soweit im Vertrag über eine gemäß § 127 Absatz 2 förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung eine Wartezeit vereinbart wird, darf diese abweichend von § 197 Absatz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes fünf Jahre nicht überschreiten.

§ 130

Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen, die Näheres regeln über

1. die zentrale Stelle gemäß § 128 Absatz 2 und ihre Aufgaben,
2. das Verfahren für die Ermittlung, Festsetzung, Auszahlung, Rückzahlung und Rückforderung der Zulage,
3. den Datenaustausch zwischen Versicherungsunternehmen und zentraler Stelle nach § 128 Absatz 1 und 2,
4. die Begrenzung der Höhe der bei förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten.“

Artikel 2

Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

In § 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3057) geändert worden ist, werden vor dem Komma am Ende ein Semikolon und die Wörter „bei Pflege mehrerer Angehöriger sind die Zeiten der Pflege zusammenzurechnen“ eingefügt.

Artikel 3

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 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3057) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 11 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 24c bis 24i),“.
 - b) In Absatz 6 Satz 1 werden nach den Wörtern „der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40),“ die Wörter „der Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24d),“ eingefügt.
2. Dem § 16 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 gilt nicht für den Anspruch auf Mutterschaftsgeld.“
3. In § 17 Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „erkranken“ die Wörter „oder bei denen Leistungen bei Schwangerschaft oder Mutterschaft erforderlich sind“ eingefügt und werden die Wörter „und nach den Vorschriften des Zweiten Abschnitts des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung“ gestrichen.
4. Im Dritten Kapitel werden der Überschrift des Dritten Abschnitts die Wörter „sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft“ angefügt.
5. § 23 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 4 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht“ eingefügt.
 - b) In Absatz 5 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger“ eingefügt.
6. Nach § 24b werden die folgenden §§ 24c bis 24i eingefügt:

„§ 24c

Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft umfassen

1. ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
2. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,

3. Entbindung,
4. häusliche Pflege,
5. Haushaltshilfe,
6. Mutterschaftsgeld.

§ 24d

Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe

Die Versicherte hat während der Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung sowie auf Hebammenhilfe einschließlich der Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerenvorsorge. Sofern das Kind nach der Entbindung nicht von der Versicherten versorgt werden kann, hat das versicherte Kind Anspruch auf die Leistungen der Hebammenhilfe, die sich auf dieses beziehen. Die ärztliche Betreuung umfasst auch die Beratung der Schwangeren zur Bedeutung der Mundgesundheit für Mutter und Kind einschließlich des Zusammenhangs zwischen Ernährung und Krankheitsrisiko sowie die Einschätzung oder Bestimmung des Übertragungsrisikos von Karies.

§ 24e

Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln

Die Versicherte hat während der Schwangerschaft und im Zusammenhang mit der Entbindung Anspruch auf Versorgung mit Arznei-, Verband, Heil- und Hilfsmitteln. Die für die Leistungen nach den §§ 31 bis 33 geltenden Vorschriften gelten entsprechend; bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung finden § 31 Absatz 3, § 32 Absatz 2, § 33 Absatz 8 und § 127 Absatz 4 keine Anwendung.

§ 24f

Entbindung

Die Versicherte hat Anspruch auf ambulante oder stationäre Entbindung. Die Versicherte kann ambulant in einem Krankenhaus, in einer von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Einrichtung, in einer ärztlich geleiteten Einrichtung, in einer Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt entbinden. Wird die Versicherte zur stationären Entbindung in einem Krankenhaus oder in einer anderen stationären Einrichtung aufgenommen, hat sie für sich und das Neugeborene Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung. Für diese Zeit besteht kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung. § 39 Absatz 2 gilt entsprechend.

§ 24g

Häusliche Pflege

Die Versicherte hat Anspruch auf häusliche Pflege, soweit diese wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich ist. § 37 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend.

§ 24h

Haushaltshilfe

Die Versicherte erhält Haushaltshilfe, soweit ihr wegen Schwangerschaft oder Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. § 38 Absatz 4 gilt entsprechend.

§ 24i

Mutterschaftsgeld

(1) Weibliche Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben oder denen wegen der Schutzfristen nach § 3 Absatz 2 und § 6 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes kein Arbeitsentgelt gezahlt wird, erhalten Mutterschaftsgeld.

(2) Für Mitglieder, die bei Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes in einem Arbeitsverhältnis stehen oder in Heimarbeit beschäftigt sind oder deren Arbeitsverhältnis während ihrer Schwangerschaft oder der Schutzfrist nach § 6 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes nach Maßgabe von § 9 Absatz 3 des Mutterschutzgesetzes aufgelöst worden ist, wird als Mutterschaftsgeld das um die gesetzlichen Abzüge verminderte durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt der letzten drei abgerechneten Kalendermonate vor Beginn der Schutzfrist nach § 3 Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes gezahlt. Es beträgt höchstens 13 Euro für den Kalendertag. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt (§ 23a des Vierten Buches) sowie Tage, an denen infolge von Kurzarbeit, Arbeitsausfällen oder unverschuldeten Arbeitsversäumnissen kein oder ein vermindertes Arbeitsentgelt erzielt wurde, bleiben außer Betracht. Ist danach eine Berechnung nicht möglich, ist das durchschnittliche kalendertägliche Arbeitsentgelt einer gleichartig Beschäftigten zugrunde zu legen. Für Mitglieder, deren Arbeitsverhältnis während der Mutterschutzfristen vor oder nach der Geburt beginnt, wird das Mutterschaftsgeld von Beginn des Arbeitsverhältnisses an gezahlt. Übersteigt das Arbeitsentgelt 13 Euro kalendertäglich, wird der übersteigende Betrag vom Arbeitgeber oder von der für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes zuständigen Stelle nach den Vorschriften des Mutterschutzgesetzes gezahlt. Für andere Mitglieder wird das Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes gezahlt.

(3) Das Mutterschaftsgeld wird für die letzten sechs Wochen vor dem mutmaßlichen Tag der Entbindung, den Entbindungstag und für die ersten acht Wochen, bei Mehrlings- und Frühgeburten für die ersten zwölf Wochen nach der Entbindung gezahlt. Wird bei Frühgeburten und sonstigen vorzeitigen Entbindungen der Zeitraum von sechs Wochen vor dem mutmaßlichen Tag der Entbindung verkürzt, so verlängert sich die Bezugsdauer um den Zeitraum, der vor der Entbindung nicht in Anspruch genommen werden konnte. Für die Zahlung des Mutterschaftsgeldes vor der Entbindung ist das Zeugnis eines Arztes oder einer Hebamme maßgebend, in dem der mutmaßliche Tag der Entbindung angegeben ist. Bei Geburten nach dem mutmaßlichen Tag der Entbindung verlängert sich die Bezugsdauer bis zum Tag der Entbindung entsprechend.

(4) Der Anspruch auf Mutterschaftsgeld ruht, soweit und solange das Mitglied beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhält. Dies gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt.“

7. In § 28 Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „§ 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung und § 23 Abs. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte“ durch die Angabe „§ 24d“ ersetzt.
8. Nach § 33 Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Abweichend von Satz 1 können die Krankenkassen eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben.“
9. § 40 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „; für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraussetzungen stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht“ eingefügt.

- bb) In Satz 2 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „; für pflegende Angehörige gilt dies nicht, wenn sie eine andere zertifizierte Einrichtung wählen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht“ eingefügt.
- b) In Absatz 3 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger“ eingefügt.
10. In § 63 Absatz 2 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Krankenbehandlung“ die Wörter „sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft“ eingefügt.
11. § 87 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2i Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen ist eine zusätzliche Leistung vorzusehen für das erforderliche Aufsuchen von Versicherten, die einer Pflegestufe nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind, Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches erhalten oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches eingeschränkt sind und die die Zahnarztpraxis auf Grund ihrer Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder Einschränkung nicht oder nur mit hohem Aufwand aufsuchen können.“
- b) Nach Absatz 2i wird folgender Absatz 2j eingefügt:
- „(2j) Für Leistungen, die im Rahmen eines Vertrages nach § 119b Absatz 1 erbracht werden, ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen eine zusätzliche, in der Bewertung über Absatz 2i Satz 1 hinausgehende Leistung vorzusehen. Voraussetzung für die Abrechnung dieser zusätzlichen Leistung ist die Einhaltung der in der Vereinbarung nach § 119b Absatz 2 festgelegten Anforderungen. Die Leistung nach Absatz 2i Satz 1 ist in diesen Fällen nicht berechnungsfähig. § 71 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“
12. In § 87a Absatz 2 Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter:
- „; nach Abschluss der Vereinbarung nach § 119b Absatz 2 können Zuschläge befristet für den Zeitraum bis zum 31. Dezember 2015 auch vereinbart werden zur Förderung
1. der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen oder
 2. von Kooperationsverträgen gemäß § 119b Absatz 1 Satz 1“
- eingefügt.
13. § 92 Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
- b) Folgende Nummer 4 wird angefügt:
- „4. Näheres zur Verordnung häuslicher Krankenpflege zur Dekolonisation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA).“
14. In § 111 Absatz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „; für pflegende Angehörige dürfen die Krankenkassen diese Leistungen auch in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Vertrag nach § 111a besteht“ eingefügt.
15. In § 116 Satz 1 wird die Angabe „§ 119b Satz 3“ durch die Wörter „§ 119b Absatz 1 Satz 3 oder 4“ ersetzt.
16. § 119b wird wie folgt geändert:
- a) Der Wortlaut wird Absatz 1 und in Satz 2 wird das Wort „anzustreben“ durch die Wörter „zu vermitteln“ ersetzt.
- b) Die folgenden Absätze 2 und 3 werden angefügt:
- „(2) Die Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Absatz 1 und § 87 Absatz 1 vereinbaren bis spätestens 30. September 2013 im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtun-

gen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Versorgung Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen.

(3) Das Institut nach § 87 Absatz 3b Satz 1 evaluiert im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die mit den Maßnahmen nach § 87a Absatz 2 Satz 3 zweiter Halbsatz verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen und berichtet der Bundesregierung bis zum 31. August 2015 über die Ergebnisse. § 87 Absatz 3f gilt entsprechend.“

17. In § 120 Absatz 1 werden jeweils die Wörter „§ 119b Satz 3 zweiter Halbsatz“ durch die Wörter „§ 119b Absatz 1 Satz 4“ ersetzt.
18. § 132a Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden die Wörter „gemeinsam und einheitlich“ gestrichen und wird das Wort „sollen“ durch das Wort „haben“ und das Wort „abgeben“ durch das Wort „abzugeben“ ersetzt.
 - b) In Satz 4 Nummer 5 wird das Wort „und“ durch ein Komma und in Nummer 6 der Punkt durch das Wort „und“ ersetzt und folgende Nummer 7 angefügt:

„7. Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke jeweils zu übermittelnden Daten.“
 - c) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die Rahmenempfehlungen nach Satz 4 sind bis zum 1. Juli 2013 abzugeben. In den Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 7 können auch Regelungen über die nach § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 in Richtlinien geregelten Inhalte getroffen werden; in diesem Fall gilt § 302 Absatz 4.“
19. § 134a wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen“ durch die Wörter „Qualität der Hebammenhilfe“ ersetzt.
 - b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Vereinbarungen, die nach Absatz 1 Satz 1 zur Qualität der Hebammenhilfe getroffen werden, sollen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umfassen sowie geeignete verwaltungsunaufwändige Verfahren zum Nachweis der Erfüllung dieser Qualitätsanforderungen festlegen.“
20. § 301a wird wie folgt geändert:
 - a) In der Überschrift wird das Wort „Entbindungspfleger“ durch die Wörter „der von ihnen geleiteten Einrichtungen“ ersetzt.
 - b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aaa) In dem Satzteil vor Nummer 1 wird das Wort „Entbindungspfleger“ durch die Wörter „von Hebammen geleitete Einrichtungen“ ersetzt.
 - bbb) In Nummer 1 werden die Wörter „bis 7 sowie 9 und 10“ durch die Angabe „und 6“ ersetzt.
 - ccc) In Nummer 6 werden die Wörter „oder der Entbindungspfleger seine“ und „oder des Entbindungspflegers“ gestrichen.
 - bb) Folgender Satz wird angefügt:

„§ 134a Absatz 5 gilt entsprechend.“

Artikel 4

Änderung der Verordnung zur Bezeichnung der als Einkommen geltenden sonstigen Einnahmen nach § 21 Absatz 3 Nummer 4 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes

§ 1 Nummer 2 der Verordnung zur Bezeichnung der als Einkommen geltenden sonstigen Einnahmen nach § 21 Absatz 3 Nummer 4 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes vom 5. April 1988 (BGBl. I S. 505), die zuletzt durch Artikel 49 des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Im Satzteil vor der Aufzählung werden die Wörter „**der Reichsversicherungsordnung (RVO), dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG)**“, gestrichen.
2. In Buchstabe c wird die Angabe „**§§ 200 ff. RVO, §§ 29 ff. KVLG**“ durch die Angabe „**§ 24i SGB V**“ ersetzt.

Artikel 5

Änderung des Bundesvertriebenengesetzes

In § 11 Absatz 2 und 3 des Bundesvertriebenengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. August 2007 (BGBl. I S. 1902), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 4. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2426) geändert worden ist, wird jeweils die Angabe „§ 200 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Angabe „§ 24i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 6

Änderung des Mutterschutzgesetzes

Das Mutterschutzgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Juni 2002 (BGBl. I S. 2318), das zuletzt durch Artikel 34 des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 13 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 werden die Wörter „**der Reichsversicherungsordnung oder des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte**“ durch die Wörter „**des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte**“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „**der Reichsversicherungsordnung**“ durch die Wörter „**des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**“ ersetzt.
2. § 14 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „**§ 200 Abs. 1, 2 Satz 1 bis 4 und Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung, § 29 Abs. 1, 2 und 4 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte**“ durch die Wörter „**§ 24i Absatz 1, 2 Satz 1 bis 4 und Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**“ ersetzt.
 - b) In Absatz 3 werden die Wörter „**§ 165 Absatz 1 Satz 1**“ durch die Wörter „**§ 165 Absatz 1 Satz 2**“ ersetzt.

3. In § 15 werden die Wörter „der Reichsversicherungsordnung oder des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte“ durch die Wörter „des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte“ ersetzt.

Artikel 7

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Der Zweite Abschnitt des Zweiten Buches und die §§ 407 bis 413 der Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 15a des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 550) geändert worden ist, werden aufgehoben.

Artikel 8

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3057) geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 9

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 9 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „Krankengeld“ die Wörter „oder Mutterschaftsgeld“ eingefügt.
 - b) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Kurmaßnahme“ durch die Wörter „Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung“ ersetzt.
 - c) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Die Satzung kann bestimmen, dass anstelle von Mutterschaftsgeld Betriebshilfe während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung, nach Mehrlings- und Frühgeburten bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Entbindung, gewährt wird, wenn die Bewirtschaftung des Unternehmens gefährdet ist. Bei Frühgeburten und sonstigen vorzeitigen Entbindungen ist § 6 Absatz 1 Satz 2 des Mutterschutzgesetzes entsprechend anzuwenden.“
2. § 10 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 werden die Wörter „Krankheit oder einer medizinischen Kurmaßnahme nach § 23 Abs. 2 oder 4, § 24, § 40 Abs. 1 oder 2 oder § 41 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ durch die Wörter „Krankheit, einer medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung nach § 23 Absatz 2 oder 4, den §§ 24, 40 Absatz 1 oder 2 oder § 41 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Schwangerschaft oder Entbindung“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 wird die Angabe „gilt § 38“ durch die Wörter „gelten die §§ 24h und 38“ ersetzt.
3. Nach § 13 wird folgender § 14 eingefügt:

„§ 14

Mutterschaftsgeld

(1) Mutterschaftsgeld nach § 24i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten

1. versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die rentenversicherungspflichtig sind, und
2. sonstige Mitglieder, die die Voraussetzungen des § 24i Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen.

(2) Mutterschaftsgeld in Höhe des Krankengeldes erhalten unter den Voraussetzungen des § 24i Absatz 3 und 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1. versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige, die rentenversicherungspflichtig sind, jedoch die Voraussetzungen für den Bezug des Mutterschaftsgeldes nach § 24i Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllen,
2. mitarbeitende Familienangehörige, die nicht rentenversicherungspflichtig sind, und
3. die in § 2 Absatz 1 Nummer 6 in Verbindung mit § 5 Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Personen.“

Artikel 10

Änderung des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes

Das Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748), das zuletzt durch ... [Artikel 1 des Entwurfs eines Gesetzes zur Vereinfachung des Elterngeldvollzugs, Bundestagsdrucksachen 17/1221, 17/9841] geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 2b Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 werden die Wörter „der Reichsversicherungsordnung oder dem“ durch die Wörter „dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch oder nach dem Zweiten“ ersetzt.
2. In § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „der Reichsversicherungsordnung oder nach dem“ durch die Wörter „dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch oder nach dem Zweiten“ ersetzt.
3. § 27 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Für die vor dem 1. Januar 2013 geborenen oder mit dem Ziel der Adoption aufgenommenen Kinder sind die Vorschriften dieses Gesetzes in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor der Verkündung des Gesetzes zur Vereinfachung des Elterngeldvollzugs, Bundestagsdrucksachen 17/1221, 17/9841] geltenden Fassung weiter anzuwenden. Soweit das Gesetz in der bis zum ... [einsetzen: Tag vor der Verkündung des Gesetzes zur Vereinfachung des Elterngeldvollzugs, Bundestagsdrucksachen 17/1221, 17/9841] geltenden Fassung Mutterschaftsgeld nach der Reichsversicherungsordnung oder nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte in Bezug nimmt, gelten die betreffenden Regelungen für Mutterschaftsgeld nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch oder nach dem Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend.“

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

„(1b) Soweit dieses Gesetz Mutterschaftsgeld nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch oder nach dem Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte in Bezug nimmt, gelten die betreffenden Regelungen für Mutterschaftsgeld nach der Reichsversicherungsordnung oder nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend.“

Artikel 11

Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch

§ 68 Nummer 5 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - (Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015), das zuletzt durch Artikel 13 Absatz 14 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 12

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

In § 4 Absatz 1 Nummer 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) geändert worden ist, werden die Wörter „nach den §§ 195 bis 200 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Wörter „nach den §§ 24c bis 24i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

Artikel 13

Änderung des LSV-Neuordnungsgesetzes

In Artikel 8 Nummer 6 des LSV-Neuordnungsgesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) werden die Wörter „den Gesetzen“ durch die Wörter „dem Zweiten Gesetz“ ersetzt.

Artikel 14

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 3057) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 Nummer 1a werden vor dem Komma am Ende ein Semikolon und die Wörter „dies gilt auch, wenn die Mindeststundenzahl nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird“ eingefügt.
 - b) In Satz 2 werden vor dem Wort „Pflegebedürftigen“ die Wörter „oder den“ und nach den Wörtern „dem Umfang der“ das Wort „jeweiligen“ eingefügt sowie werden die Wörter „des § 37 des Elften Buches“ durch die Wörter „der §§ 37 und 123 des Elften Buches“ ersetzt.
2. § 166 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 Nummer 3 werden vor dem Punkt am Ende ein Komma sowie die Wörter „wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird“ eingefügt.
 - bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Pflegetätigkeiten im Sinne des Absatzes 3 bleiben bei der Berechnung nach Satz 2 unberücksichtigt.“

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Besteht Versicherungspflicht als Pflegeperson nur, weil mehrere Pflegebedürftige gepflegt werden, sind beitragspflichtige Einnahmen 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße. Die Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahmen berechnet sich nach dem Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit der Pflegeperson insgesamt.“

Artikel 15

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Das Versicherungsaufsichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992 (BGBl. 1993 I S. 2), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 15. März 2012 (BGBl. I S. 462) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 12f Satz 1 werden die Wörter „private Pflegepflichtversicherung“ durch die Wörter „private Pflegepflichtversicherung und die geförderte Pflegevorsorge“ ersetzt.
2. § 81d Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Als Zuführungssatz getrennt für die Krankenversicherung im Sinne des § 12 Absatz 1 Satz 1, für die private Pflege-Pflichtversicherung im Sinne des § 12f und für die geförderte Pflegevorsorge im Sinne des § 12f ist ein Prozentsatz aus der Summe von Jahresüberschuss und den Aufwendungen für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung festzulegen.“

Artikel 16

Inkrafttreten

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am Tag nach der Verkündung in Kraft.
- (2) Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe h und i, die Nummern 6, 9 Buchstabe c, die Nummern 17, 25, 26, 34 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa, Nummer 46 Buchstabe b, die Nummern 47, 48, 49, die Artikel 2, 14 und 15 treten am 1. Januar 2013 in Kraft.
- (3) In Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe d tritt § 18 Absatz 3a des Elften Buches Sozialgesetzbuch am 1. Juni 2013 in Kraft.