

Bundesgesetzblatt²³⁷⁷

Teil I

G 5702

2015 **Ausgegeben zu Bonn am 28. Dezember 2015** **Nr. 54**

Tag	Inhalt	Seite
21.12.2015	Gesetz über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2016 (Haushaltsgesetz 2016) FNA: 63-16 GESTA: D038	2378
21.12.2015	Zweites Gesetz zur Änderung des Gesetzes über Bausparkassen FNA: 7691-2 GESTA: D042	2399
21.12.2015	Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze FNA: 860-5, 860-5, 860-1, 860-11, 8252-3, 860-5-13, 860-5-34, 206-2, 2123-1 GESTA: M013	2408
21.12.2015	Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) FNA: 860-11, 860-11, 860-3, 860-5, 860-6, 860-7, 860-11-4 GESTA: M016	2424
21.12.2015	Erstes Gesetz zur Änderung des Verkehrsinfrastrukturfinanzierungsgesellschaftsgesetzes FNA: 910-11 GESTA: J017	2464
18.12.2015	Verordnung über die Gewährung einer Mehrarbeitsvergütung für Soldaten (Soldatenmehrarbeitsvergütungsverordnung – SMVergV) FNA: neu: 2032-1-44	2465
18.12.2015	Verordnung zur Änderung der Aufenthaltsverordnung und der AZRG-Durchführungsverordnung FNA: 26-12-1, 26-8-1	2467
18.12.2015	Verordnung über den Vorbereitungsdienst für den gehobenen Archivdienst des Bundes (GArchDVDV) FNA: neu: 2030-8-5-6; 2030-7-21-2	2478
16.12.2015	Anordnung über die Ernennung und Entlassung der Beamtinnen und Beamten der Bundesfinanzverwaltung FNA: neu: 2030-11-48-16; 2030-11-48-11	2486
16.12.2015	Anordnung zur Übertragung beamtenrechtlicher Befugnisse und Zuständigkeiten im Bereich der Deutschen Telekom AG (DTAGÜbertrAnO) FNA: neu: 2030-14-209; 2030-14-198	2487

Hinweis auf andere Verkündungen

Rechtsvorschriften der Europäischen Union	2488
---	------

Gesetz über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2016 (Haushaltsgesetz 2016)

Vom 21. Dezember 2015

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Abschnitt 1

Allgemeine Ermächtigungen

§ 1

Feststellung des Haushaltsplans

(1) Der diesem Gesetz als Anlage beigefügte Bundeshaushaltsplan für das Haushaltsjahr 2016 wird in Einnahmen und Ausgaben auf 316 900 000 000 Euro festgestellt.

(2) Der dem Kapitel 6002 des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2016 als Anlage 3 beigefügte Wirtschaftsplan des Sondervermögens „Energie- und Klimafonds“ wird für das Jahr 2016 in Einnahmen und Ausgaben auf 3 271 837 000 Euro festgestellt.

§ 2

Kreditermächtigungen

(1) Im Haushaltsjahr 2016 nimmt der Bund keine Kredite zur Deckung von Ausgaben auf. Die folgenden Absätze bleiben hiervon unberührt.

(2) Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, Kredite zur Tilgung von im Haushaltsjahr 2016 fällig werdenden Krediten aufzunehmen; deren Höhe ergibt sich aus dem Saldo der im Kreditfinanzierungsplan (Teil IV des Gesamtplans) ausgewiesenen Ausgaben zur Tilgung von Krediten (Nummer 2) und den sonstigen Einnahmen zur Schuldentilgung (Nummer 1.2). Dem Kreditrahmen nach Satz 1 wachsen im Falle eines unvorhergesehenen Bedarfs Beträge in Höhe von bis zu 15 000 000 000 Euro zum Rückkauf von Wertpapieren des Bundes oder zur Rückzahlung von Darlehen zu, soweit die in Satz 1 genannte Summe der Beträge zur Tilgung überschritten wird. Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, Mehreinnahmen bei Kapitel 6002 Titel 133 01 zur Tilgung der Schulden des Bundes zu verwenden; insoweit vermindert sich die Ermächtigung nach Satz 1. Bei Mehreinnahmen nach Satz 3 können Maßnahmen nach § 60 Absatz 2 der Bundeshaushaltsordnung ergriffen werden.

(3) Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, ab Oktober des Haushaltsjahres im Vorgriff

auf die Kreditermächtigung des nächsten Haushaltsjahres Kredite bis zur Höhe von 4 Prozent des in § 1 Absatz 1 festgestellten Betrages aufzunehmen. Diese Kredite sind auf die Kreditermächtigung des nächsten Haushaltsjahres anzurechnen.

(4) Auf die Kreditermächtigung ist bei Diskontpapieren der Nettobetrag anzurechnen. Fremdwährungsanleihen sind mit den Euro-Gegenwerten auf die Kreditermächtigung anzurechnen, die sich aus den spätestens gleichzeitig abgeschlossenen ergänzenden Verträgen zur Begrenzung des Währungsrisikos ergeben.

(5) Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, zum Aufbau von Eigenbeständen Kredite bis zur Höhe von 10 Prozent des Betrages der umlaufenden Bundesanleihen, Bundesobligationen, Bundeschatzanweisungen und unverzinslichen Schatzanweisungen aufzunehmen, dessen Höhe sich aus der jeweils letzten im Bundesanzeiger veröffentlichten Übersicht über den Stand der Schuld der Bundesrepublik Deutschland ergibt. Auf die Kreditermächtigung sind die Beträge anzurechnen, die auf Grund von Ermächtigungen früherer Haushaltsgesetze aufgenommen worden sind. Das Bundesministerium der Finanzen wird ferner ermächtigt, Eigenbestände in Form der Wertpapierleihe oder zur Besicherung von Zinsswapgeschäften zu verwenden oder sie im Rahmen der Kreditermächtigungen des Satzes 1 und des Absatzes 2 Satz 1 zu verkaufen.

(6) Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, im Rahmen der Kreditfinanzierung und der Kassenverstärkungskredite im laufenden Haushaltsjahr ergänzende Verträge abzuschließen

1. zur Optimierung der Zinsstruktur und zur Begrenzung von Zinsänderungsrisiken mit einem Vertragsvolumen von bis zu 80 000 000 000 Euro sowie
2. zur Begrenzung des Zins- und Währungsrisikos von Fremdwährungsanleihen mit einem Vertragsvolumen von bis zu 30 000 000 000 Euro.

Auf diese Höchstgrenzen werden zusätzliche Verträge nicht angerechnet, die Zinsrisiken aus bereits bestehenden Verträgen verringern oder ausschließen.

(7) Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, auch im folgenden Haushaltsjahr bis zum Tag der Verkündung des Haushaltsgesetzes im Rah-

men der Kreditaufnahme folgende Verträge abzuschließen:

1. Kreditverträge bis zur Höhe der Ermächtigung nach Absatz 2 Satz 1, wenn die Kredite zur Tilgung fällig werdender Kredite aufgenommen werden;
2. Verträge nach Absatz 6 in dem in dieser Vorschrift bestimmten Umfang.

Die so in Anspruch genommenen Ermächtigungen werden auf die jeweiligen Ermächtigungen des folgenden Haushaltsjahres angerechnet.

(8) Vor Inanspruchnahme der über 1 Prozent des in § 1 Absatz 1 festgestellten Betrages liegenden Kreditermächtigungen nach § 18 Absatz 3 Satz 1 der Bundeshaushaltsordnung ist der Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages zu unterrichten, sofern nicht aus zwingenden Gründen eine Ausnahme geboten ist.

(9) Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, Kassenverstärkungskredite bis zur Höhe von 10 Prozent des in § 1 Absatz 1 festgestellten Betrages aufzunehmen. Für Geschäfte, die den gleichzeitigen Ver- und Rückkauf von Bundeswertpapieren beinhalten, können weitere Kassenverstärkungskredite bis zur Höhe von 10 Prozent des in § 1 Absatz 1 festgestellten Betrages aufgenommen werden. Das Bundesministerium der Finanzen wird ferner ermächtigt, Kassenverstärkungskredite bis zur Höhe von 10 Prozent des in Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 genannten Betrages zur Besicherung von Zinsswapgeschäften aufzunehmen. Zur Besicherung von Zinswährungsswapgeschäften können weitere Kassenverstärkungskredite bis zur Höhe von 10 Prozent des in Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 genannten Betrages aufgenommen werden. Auf die Kreditermächtigungen der Sätze 1 bis 4 sind die Beträge anzurechnen, die auf Grund von Ermächtigungen früherer Haushaltsgesetze aufgenommen worden sind.

(10) Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, zur Finanzierung der der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des Gesetzes über die Errichtung einer Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung vom 2. August 1994 (BGBl. I S. 2018, 2019), das zuletzt durch Artikel 364 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, obliegenden Aufgabe Kassenverstärkungskredite bis zur Höhe von 7 000 000 000 Euro aufzunehmen. Auf die Kreditermächtigung sind die Beträge anzurechnen, die auf Grund von Ermächtigungen früherer Haushaltsgesetze aufgenommen worden sind.

§ 3

Gewährleistungsermächtigungen

(1) Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, Bürgschaften, Garantien oder sonstige Gewährleistungen bis zur Höhe von insgesamt 486 380 000 000 Euro zu übernehmen, davon

1. bis zu 160 000 000 000 Euro im Zusammenhang mit förderungswürdigen oder im besonderen staatlichen Interesse der Bundesrepublik Deutschland liegenden Ausfuhren,
2. bis zu 65 000 000 000 Euro
 - a) für Kredite an ausländische Schuldner zur Finanzierung förderungswürdiger Vorhaben oder bei

besonderem staatlichen Interesse der Bundesrepublik Deutschland,

- b) zur Absicherung des politischen Risikos bei förderungswürdigen Direktinvestitionen im Ausland,
 - c) für Kredite der Europäischen Investitionsbank an Schuldner außerhalb der Europäischen Union,
3. bis zu 25 670 000 000 Euro
- a) für Kredite zur Mitfinanzierung entwicklungspolitisch förderungswürdiger Vorhaben der bilateralen Finanziellen Zusammenarbeit,
 - b) für zinsverbilligte Kredite für entwicklungspolitisch förderungswürdige Vorhaben der bilateralen Finanziellen Zusammenarbeit,
 - c) für Förderkredite der Kreditanstalt für Wiederaufbau für entwicklungspolitisch förderungswürdige Vorhaben der bilateralen Finanziellen Zusammenarbeit sowie
 - d) für zinsverbilligte Kredite der Kreditanstalt für Wiederaufbau für bilaterale Vorhaben des internationalen Klima- und Umweltschutzes,
4. bis zu 700 000 000 Euro für Marktordnungs- und Bevorratungsmaßnahmen auf dem Ernährungsgebiet,
5. bis zu 158 000 000 000 Euro zur Förderung der Binnenwirtschaft und zur Abdeckung von Haftungsanlagen im In- und Ausland,
6. bis zu 66 000 000 000 Euro im Zusammenhang mit der Beteiligung der Bundesrepublik Deutschland an europäischen oder internationalen Finanzinstitutionen und Fonds,
7. bis zu 1 010 000 000 Euro für die Nachfolgeeinrichtungen der Treuhandanstalt,
8. bis zu 10 000 000 000 Euro zur Absicherung des Zinsrisikos bei der Refinanzierung von Krediten für den Bau von Schiffen auf deutschen Werften.

Einzelheiten ergeben sich aus den verbindlichen Erläuterungen zu Kapitel 3208 des Bundeshaushaltsplans.

(2) Auf die in Absatz 1 Satz 1 genannten Höchstbeträge werden die auf Grund der Ermächtigungen früherer Haushaltsgesetze übernommenen Gewährleistungen angerechnet, soweit der Bund noch in Anspruch genommen werden kann. In diesem Fall erfolgt eine Anrechnung auch, soweit er in Anspruch genommen worden ist und für die erbrachten Leistungen keinen Ersatz erlangt hat.

(3) Gewährleistungen nach Absatz 1 Satz 1 können auch in ausländischer Währung übernommen werden; sie sind auf der Basis desjenigen Euro-Referenzkurses der Europäischen Zentralbank auf den Höchstbetrag anzurechnen, der vor der Ausfertigung der Gewährleistungserklärung zuletzt festgestellt worden ist.

(4) Eine Bürgschaft, Garantie oder sonstige Gewährleistung ist auf den Höchstbetrag der entsprechenden Ermächtigung in der Höhe anzurechnen, in der der Bund daraus in Anspruch genommen werden kann. Zinsen und Kosten sind auf den jeweiligen Ermächtigungsrahmen nur anzurechnen, soweit dies gesetzlich bestimmt ist oder bei der Übernahme ein gemeinsamer Haftungsbetrag für Hauptverpflichtung, Zinsen und Kosten festgelegt wird.

(5) Soweit in den Fällen der Gewährleistungsübernahme nach Absatz 1 Satz 1 der Bund ohne Inanspruchnahme von seiner Haftung frei wird oder Ersatz für erbrachte Leistungen erlangt hat, ist eine übernommene Gewährleistung auf den Höchstbetrag nicht mehr anzurechnen.

(6) Die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 8 genannten Ermächtigungsrahmen können mit Einwilligung des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages auch für Zwecke der jeweils anderen Gewährleistungsermächtigungen verwendet werden.

(7) Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, zusätzliche Gewährleistungen nach Absatz 1 Satz 1 bis zur Höhe von 20 Prozent des in Absatz 1 Satz 1 bestimmten Ermächtigungsrahmens mit Einwilligung des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages unter den Voraussetzungen des § 37 Absatz 1 der Bundeshaushaltsordnung zu übernehmen. Eine Ausnahme von der Einwilligung des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages ist nur aus zwingenden Gründen gestattet.

(8) Vor Übernahme von Bürgschaften, Garantien und sonstigen Gewährleistungen nach Absatz 1 Satz 1, die eine Übernahme einer Eventualverpflichtung von 1 000 000 000 Euro oder mehr vorsehen, ist der Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages zu unterrichten, sofern nicht aus zwingenden Gründen eine Ausnahme geboten ist.

§ 4

Über- und außerplanmäßige Ausgaben und Verpflichtungsermächtigungen

(1) Der Betrag nach § 37 Absatz 1 Satz 4 der Bundeshaushaltsordnung wird auf 5 000 000 Euro festgesetzt. Über- und außerplanmäßige Ausgaben, die im Einzelfall den in Satz 1 festgelegten Betrag, im Falle der Erfüllung von Rechtsverpflichtungen einen Betrag von 50 000 000 Euro überschreiten, sind vor Einwilligung des Bundesministeriums der Finanzen dem Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages zur Unterrichtung vorzulegen, sofern nicht aus zwingenden Gründen eine Ausnahme geboten ist.

(2) Der Betrag nach § 38 Absatz 1 Satz 3 der Bundeshaushaltsordnung wird auf 10 000 000 Euro festgesetzt. Für überplanmäßige oder außerplanmäßige Verpflichtungsermächtigungen, bei denen die Ausgaben nur in einem Haushaltsjahr fällig werden, wird der Betrag auf 5 000 000 Euro festgesetzt. Die Betragsgrenze nach Satz 2 wird auch überschritten, wenn bei mehrjährigen überplanmäßigen oder außerplanmäßigen Verpflichtungsermächtigungen der in Satz 2 genannte Betrag in einem Fälligkeitsjahr überschritten wird. Wenn überplanmäßige oder außerplanmäßige Ausgaben und überplanmäßige oder außerplanmäßige Verpflichtungsermächtigungen zusammentreffen, gilt insgesamt der in Satz 1 genannte Betrag; Absatz 1 bleibt unberührt. Überplanmäßige und außerplanmäßige Verpflichtungsermächtigungen, die die in den Sätzen 1 bis 4 festgelegten Beträge überschreiten, sind vor Einwilligung des Bundesministeriums der Finanzen dem Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages zur Unterrichtung vorzulegen, sofern nicht aus zwingenden Gründen eine Ausnahme geboten ist. Bei überplanmäßigen und außerplanmäßigen Verpflichtungsermächtigungen

ist § 37 Absatz 4 der Bundeshaushaltsordnung entsprechend anzuwenden.

(3) Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, mit Einwilligung des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages bei Aktiengesellschaften, an denen der Bund beteiligt ist, einem genehmigten Kapital im Sinne des § 202 des Aktiengesetzes zuzustimmen und sich zur Leistung des auf den Bundesanteil entfallenden Erhöhungsbetrages zu verpflichten.

Abschnitt 2

Bewirtschaftung von Einnahmen, Ausgaben und Verpflichtungsermächtigungen

§ 5

Flexibilisierte Ausgaben

(1) Auf die in Teil I Buchstabe D des Gesamtplans aufgeführten Kapitel des Bundeshaushalts sind die Absätze 2 bis 5 anzuwenden, soweit im Einzelfall keine andere Regelung durch Haushaltsvermerk getroffen ist.

(2) Innerhalb der einzelnen Kapitel sind jeweils gegenseitig deckungsfähig:

1. Ausgaben der Hauptgruppe 4, ohne Ausgaben der Titel der Gruppe 411, sowie Ausgaben der Titel 634 .3,
2. Ausgaben der Titel 511 .1, 514 .1, 517 .1, 518 .1, 519 .1, 523 .1, 525 .1, 526 .1, 526 .2, 527 .1, 527 .3, 532 .1, 532 .2, 532 .3, 539 .9, 543 .1, 544 .1 und 545 .1,
3. Ausgaben der Titel 632 .9, 636 .9, 671 .9, 681 .8, 681 .9, 684 .9, 686 .9 und 687 .9,
4. Ausgaben der Titel der Gruppen 711 bis 739,
5. Ausgaben der Titel der Hauptgruppe 8.

Ausgaben anderer als der in den Nummern 1 bis 5 aufgeführten Titel, die durch Haushaltsvermerk in die flexibilisierten Ausgaben einbezogen werden, sind innerhalb der einzelnen Kapitel dem jeweiligen Ausgabenbereich nach Maßgabe ihrer Hauptgruppenzugehörigkeit zuzuordnen.

(3) Im Verhältnis der in Absatz 2 genannten Ausgabenbereiche zueinander dürfen zusätzliche Ausgaben bis zur Höhe von 20 Prozent der Summe der Sollansätze des jeweiligen Ausgabenbereichs aus Einsparungen bei den anderen in Absatz 2 genannten Ausgabenbereichen geleistet werden.

(4) Die Ausgaben der in Absatz 2 genannten Ausgabenbereiche sind übertragbar.

(5) Für die flexibilisierten Ausgaben in den Kapiteln 0111, 0211, 0311, 0411, 0431, 0451, 0511, 0611, 0711, 0811, 0911, 1011, 1111, 1211, 1411, 1511, 1611, 1711, 1911, 2011, 2111, 2311 und 3011 gilt in Ergänzung zu den Absätzen 2 bis 4 folgende Regelung: Mehrausgaben dürfen gegen Einsparung innerhalb der flexibilisierten Ausgaben desselben Ausgabenbereichs nach Absatz 2 der anderen Kapitel des jeweiligen Einzelplans geleistet werden, wenn über das Soll und die Ausgabeanteile des deckungsberechtigten Titels vollständig für dessen Zweck verfügt ist.

(6) Das Nähere bestimmt das Bundesministerium der Finanzen.

§ 6

**Verstärkungsmöglichkeiten,
Deckungsfähigkeit, Zweckbindung**

(1) Innerhalb eines Kapitels fließen die Einnahmen den Ausgaben bei folgenden Titeln zu:

1. Titel der Hauptgruppe 4 aus Personalkostenzuschüssen für die berufliche Eingliederung behinderter und schwerbehinderter Menschen sowie für Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen und weitere Maßnahmen zur Eingliederung Arbeitsloser sowie aus Erstattungsleistungen nach dem Altersteilzeitgesetz vom 23. Juli 1996 (BGBl. I S. 1078) in seiner jeweils geltenden Fassung,
2. Titel der Hauptgruppen 5 bis 8 aus Sachkostenzuschüssen für die berufliche Eingliederung behinderter und schwerbehinderter Menschen,
3. Titel der Obergruppe 44 aus Erstattungen und Schadenersatzleistungen Dritter.

(2) Innerhalb eines Kapitels fließen die Einnahmen den Ausgaben bei den Titeln zu, die mit ihrem vollen Sollansatz den flexibilisierten Ausgabenbereichen gemäß § 5 Absatz 2 Nummer 1 oder 2 zugeordnet sind, soweit es sich bei den Einnahmen um Erstattungen und Beiträge Dritter handelt.

(3) Für die Kapitel des Bundeshaushalts, auf die § 5 Absatz 2 bis 5 nicht anzuwenden ist, gilt:

1. Die obersten Bundesbehörden können die Deckungsfähigkeit der Ausgaben bei Titeln der Gruppen 511 bis 525, 527 und 539 innerhalb eines Kapitels anordnen, soweit die Mittel nicht übertragbar sind, die Mehrausgaben des Einzeltitels nicht mehr als 20 Prozent betragen und die Maßnahme wirtschaftlich zweckmäßig erscheint.
2. Soweit eine Deckung nach Nummer 1 nicht möglich ist, kann das Bundesministerium der Finanzen in besonders begründeten Ausnahmefällen zulassen, dass Mehrausgaben bei Titeln der Gruppen 514 und 517 bis zur Höhe von 30 Prozent des Sollansatzes durch Einsparungen anderer Ausgaben innerhalb der Hauptgruppe 5 desselben Einzelplans gedeckt werden.
3. Mehrausgaben bei Titel 526 .1 können gegen Einsparungen bei anderen Ausgaben der Obergruppen 51 bis 54 desselben Einzelplans gedeckt werden.

(4) Innerhalb eines Kapitels dürfen Mehrausgaben für Mieten und Pachten im Zusammenhang mit dem Einheitlichen Liegenschaftsmanagement bei Titel 518 .2 bis zur Höhe der Einsparungen bei den in die Flexibilisierung nach § 5 einbezogenen Titeln geleistet werden.

(5) Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, mit Einwilligung des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages innerhalb des Einzelplans 14 die Deckungsfähigkeit der Ausgaben bei Titeln der Gruppen 551 bis 559 der Kapitel 1404 bis 1408 sowie bei Titel 514 03 in Kapitel 1407 anzuordnen, falls dies auf Grund von Umständen, die nach Inkrafttreten des Haushaltsgesetzes eingetreten sind, wirtschaftlich zweckmäßig erscheint. Diese Regelung gilt auch für übertragbare Ausgaben. Das Bundesministerium der Finanzen wird darüber hinaus ermächtigt, mit Einwilligung des Haushaltsausschusses des Deutschen

Bundestages innerhalb des Einzelplans 14 die Deckungsfähigkeit der Ausgaben bei einzelnen Titeln mit Ausnahme der Titel der Gruppe 529 anzuordnen, wenn unvorhergesehen und unabweisbar Mehrausgaben geleistet werden müssen, um die Wirtschaftlichkeit des Betriebs der Streitkräfte zu verbessern.

(6) Bei Titel 537 02 des Kapitels 6003 fließen Erstattungen der obersten Bundesbehörden für die Inanspruchnahme des Flugdienstes zwischen Köln/Bonn und Berlin den Ausgaben zu. Bei den Titeln 527 .1 und 453 .1 der obersten Bundesbehörden fließen Erstattungen des nachgeordneten Bereichs sowie von Dritten im Zusammenhang mit dem Flugdienst zwischen Köln/Bonn und Berlin den Ausgaben zu.

(7) Innerhalb eines Kapitels können Mehreinnahmen aus der Veräußerung von Dienstkraftfahrzeugen herangezogen werden, um die Ausgaben für die Ersatzbeschaffung von Dienstkraftfahrzeugen zu verstärken. Das Nähere bestimmt das Bundesministerium der Finanzen.

(8) Das Aufkommen an Mineralölsteuer, das nach Artikel 1 des Straßenbaufinanzierungsgesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 912-3, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 468 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, und nach Artikel 3 des Verkehrsfinanzgesetzes 1971 vom 28. Februar 1972 (BGBl. I S. 201), das zuletzt durch Artikel 99 des Gesetzes vom 8. Dezember 2010 (BGBl. I S. 1864) geändert worden ist, für Zwecke des Straßenwesens gebunden ist, ist auch für sonstige verkehrspolitische Zwecke im Bereich des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur zu verwenden.

(9) Ergibt sich zum Abschluss des Haushaltsjahres gegenüber dem Haushaltssoll per Saldo eine Entlastung des Bundeshaushalts, so dient dieser Betrag zur Leistung von Mehrausgaben bei Kapitel 6002 Titel 919 01, soweit dadurch keine Kredite zur Deckung von Ausgaben aufgenommen werden müssen. Die Erhebung von Mehreinnahmen bei Kapitel 6002 Titel 359 01 bedarf der Einwilligung des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages.

(10) Innerhalb eines Kapitels dürfen für interne Verrechnungen nach § 61 der Bundeshaushaltsordnung bei Titel 981 .3 Mehrausgaben bis zur Höhe der Einsparungen geleistet und Ausgabetitel bis zur Höhe der Einnahmen bei Titel 381 .3 verstärkt werden. Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, diese Titel auszubringen.

(11) Die im Bundeshaushaltsplan 2016 ausgebrachten Verpflichtungsermächtigungen ab einer Gesamtsumme von 10 000 000 Euro pro Titel dürfen bis zur Höhe von höchstens 93 Prozent in Anspruch genommen werden. Die Begrenzung gilt nicht für Verpflichtungsermächtigungen der Einzelpläne 01, 02, 03, 19 und 20, bei Titeln der Gruppen 518, 558, 711 bis 739, 861, bei den Zuweisungstiteln an die Länder für Mitgliedseinrichtungen der Wissenschaftsgemeinschaft Gottfried Wilhelm Leibniz e. V. der Gruppe 882, den Titeln der institutionellen Förderung der Gruppe 894 sowie bei der Titelgruppe 03 des Kapitels 6002. Soweit die Begrenzung bei einem Titel nicht eingehalten werden kann, darf das Bundesministerium der Finanzen den Ausgleich bei anderen Ausgabetiteln zulassen.

§ 6a

Reingewinn der Deutschen Bundesbank

Der Anteil des Bundes am Reingewinn der Deutschen Bundesbank dient abweichend von § 6 Absatz 2 des Gesetzes zur Errichtung eines Sondervermögens „Investitions- und Tilgungsfonds“ zur Leistung von Mehrausgaben bei Kapitel 6002 Titel 919 01, soweit dieser den bei Kapitel 6002 Titel 121 04 veranschlagten Betrag übersteigt.

§ 7

Überlassung und**Veräußerung von Vermögensgegenständen
sowie Verzicht auf Auslagenerstattung**

(1) Nach § 63 Absatz 3 Satz 2 der Bundeshaushaltsordnung wird zugelassen, dass Software, die von Bundesdienststellen im Bereich der Datenverarbeitung entwickelt worden ist, unentgeltlich an Stellen der öffentlichen Verwaltung im Inland abgegeben wird, soweit Gegenseitigkeit besteht. Das gilt auch für Software, die von Bundesdienststellen erworben worden ist. Für erworbene Lizenzen an Standardsoftware ist die jeweilige Lizenzvereinbarung maßgebend.

(2) Nach § 63 Absatz 3 Satz 2 der Bundeshaushaltsordnung wird zugelassen, dass Vorschriften in elektronischer Form, beispielsweise über das Internet, unentgeltlich oder gegen ermäßigtes Entgelt bereitgestellt werden können.

(3) Es wird zugelassen, dass bei Maßnahmen zur Bewältigung der Flüchtlingskrise insbesondere im Rahmen der Amtshilfe auf eine Auslagenerstattung gemäß § 8 Absatz 1 Satz 2 des Verwaltungsverfahrensgesetzes verzichtet werden kann. Entsprechendes gilt für Mehrausgaben im Personalbereich für diese Maßnahmen im Rahmen der Amtshilfe.

§ 8

Bewilligung von Zuwendungen

(1) Ausgaben und Verpflichtungsermächtigungen für Zuwendungen im Sinne des § 23 der Bundeshaushaltsordnung zur Deckung der gesamten Ausgaben oder eines nicht abgegrenzten Teils der Ausgaben einer Einrichtung außerhalb der Bundesverwaltung (institutionelle Förderung) sind gesperrt, solange der Haushalts- oder Wirtschaftsplan des Zuwendungsempfängers nicht von dem zuständigen Bundesministerium und dem Bundesministerium der Finanzen gebilligt ist.

(2) Die in Absatz 1 genannten Zuwendungen zur institutionellen Förderung dürfen nur mit der Auflage bewilligt werden, dass der Zuwendungsempfänger seine Beschäftigten nicht besserstellt als vergleichbare Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer des Bundes. Entsprechendes gilt bei Zuwendungen zur Projektförderung, wenn die Gesamtausgaben des Zuwendungsempfängers überwiegend aus Zuwendungen der öffentlichen Hand bestritten werden. Das Bundesministerium der Finanzen kann bei Vorliegen zwingender Gründe Ausnahmen zulassen. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, soweit eine Wissenschaftseinrichtung gemäß § 2 des Wissenschaftsfreiheitsgesetzes vom 5. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2457), das durch Artikel 122 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, den bei ihr beschäftigten Wissen-

schaftlerinnen und Wissenschaftlern Gehälter oder Gehaltsbestandteile aus Mitteln zahlt, die weder unmittelbar noch mittelbar von der deutschen öffentlichen Hand finanziert werden. Satz 4 gilt auch für sonstige im wissenschaftsrelevanten Bereich Beschäftigte, wenn sie im Rahmen der Planung, Vorbereitung, Durchführung, Auswertung oder Bewertung von Forschungsvorhaben einen wesentlichen Beitrag leisten.

§ 9

**Baumaßnahmen der
Bundesanstalt für Immobilienaufgaben**

Die §§ 24 und 54 der Bundeshaushaltsordnung bleiben für Baumaßnahmen zur Deckung des Raumbedarfs für Bundeszwecke nach § 2 Absatz 1 Satz 2 des Gesetzes über die Bundesanstalt für Immobilienaufgaben vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3235), das durch Artikel 15 Absatz 83 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) geändert worden ist, die im Wirtschaftsplan der Bundesanstalt für Immobilienaufgaben veranschlagt werden, unberührt.

§ 10

Bezüge

(1) Abweichend von § 50 Absatz 3 der Bundeshaushaltsordnung können die Personalausgaben für abgeordnete Beschäftigte für die Dauer von bis zu drei Jahren von der abordnenden Verwaltung weitergezahlt werden. Weiterzahlungen über drei Jahre hinaus bedürfen, sofern sie nicht durch Haushaltsvermerk geregelt sind, der Einwilligung des Bundesministeriums der Finanzen.

(2) Innerhalb eines Kapitels dürfen Zulagen nach § 45 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Juni 2009 (BGBl. I S. 1434), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 17. November 2015 (BGBl. I S. 1938) geändert worden ist, für Beamtinnen und Beamte bis zur Höhe von 0,1 Prozent der veranschlagten Ausgaben der Titel 422 .1 geleistet werden. Innerhalb der Kapitel 1403 und 1412 dürfen Zulagen nach § 45 des Bundesbesoldungsgesetzes für Soldatinnen und Soldaten bis zur Höhe von 0,1 Prozent der veranschlagten Ausgaben des Titels 423 01 geleistet werden.

(3) Soweit Soldatinnen und Soldaten Leistungsprämien, Leistungszulagen oder Leistungsstufen gewährt werden, sind die Titel der Gruppe 423 der Kapitel 1403 und 1412 gegenseitig deckungsfähig.

§ 11

Verbriefung von Verpflichtungen

Das zuständige Bundesministerium wird ermächtigt, die Beteiligungen, Zuschüsse und Beiträge der Bundesrepublik Deutschland zugunsten der in Kapitel 0904 Titel 687 04, Kapitel 1605 Titel 896 02, Kapitel 2303 Titel 687 04 und 896 09, Kapitel 2304 Titel 687 01, 687 02, 687 03, 687 04 und 687 05 des Bundeshaushaltsplans erwähnten internationalen Finanzinstitutionen und Fonds durch Hingabe unverzinslicher Schuldscheine zu erbringen.

§ 12

**Liquiditätshilfen, Fälligkeit
von Zuschüssen und Leistungen
des Bundes an die Rentenversicherung**

(1) Die Liquiditätshilfen an die Bundesagentur für Arbeit nach § 364 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch sind auf 8 000 000 000 Euro begrenzt. Der Ermächtigungsrahmen darf wiederholt in Anspruch genommen werden.

(2) Die Liquiditätshilfe an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht ist auf 10 000 000 Euro begrenzt.

(3) Die Liquiditätshilfe an die Bundesanstalt für Immobilienaufgaben ist auf 200 000 000 Euro begrenzt.

(4) Die Zuschüsse des Bundes an die allgemeine Rentenversicherung und seine an die allgemeine Rentenversicherung zu entrichtenden Beiträge für Kindererziehungszeiten werden in zwölf gleichen Monatsraten gezahlt. Abweichend von Satz 1 kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen die Zahlung vorgezogen werden, soweit dies zur Stabilisierung der Finanzlage der allgemeinen Rentenversicherung erforderlich ist.

(5) Liquiditätshilfen an den Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dürfen bis zu einem Betrag von 2 000 000 000 Euro geleistet werden. Der Ermächtigungsrahmen darf wiederholt in Anspruch genommen werden. Die Zahlung von Leistungen des Bundes nach § 221 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen vorgezogen werden, soweit dies zur Vermeidung von Liquiditätshilfen nach § 271 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist.

(6) Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, eine zinslose, zur Aufrechterhaltung einer ordnungsgemäßen Kassenwirtschaft notwendige Liquiditätshilfe an die Postbeamtenversorgungskasse bis zu einer Höhe von 250 000 000 Euro zu leisten. Das Darlehen ist so bald wie möglich zurückzuzahlen, spätestens jedoch mit dem Ende des Haushaltsjahres.

(7) Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, nach Maßgabe des Satzes 2 der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung zur Erfüllung ihrer Aufgabe nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des Gesetzes über die Errichtung einer Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung verzinsliche Liquiditätshilfen bis zu einer Höhe von insgesamt 7 000 000 000 Euro zu leisten. Die Liquiditätshilfen dürfen nur in dem Umfang bereitgestellt werden, in dem die Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung Ausgaben zu leisten hat und entsprechende Mittel aus dem Haushalt der Europäischen Union noch nicht zur Verfügung gestellt sind. Die Liquiditätshilfen sind so bald wie möglich zurückzuzahlen, spätestens jedoch mit Erhalt der Mittelzuweisungen aus dem Haushalt der Europäischen Union.

(8) Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, der Bundesanstalt für Finanzmarktstabilisierung verzinsliche Liquiditätshilfen zu gewähren. Die Liquiditätshilfen sind auf 30 000 000 Euro begrenzt. Der Ermächtigungsrahmen darf wiederholt in Anspruch genommen werden. Die Liquiditätshilfen sind so bald wie

möglich zurückzuzahlen, spätestens jedoch mit Erhalt der Mittel aus der Umlage gemäß § 3d Absatz 4 des Finanzmarktstabilisierungsfondsgesetzes. Mit dem Ende des Haushaltsjahres sind die gewährten Liquiditätshilfen vollständig zurückzuzahlen.

§ 13

Rückzahlung, Titelverwechslung

(1) Die Rückzahlung zu viel erhobener Einnahmen kann aus dem jeweiligen Einnahmetitel geleistet werden und ist dann bei dem betreffenden Einnahmetitel abzusetzen.

(2) Bei einer unrichtigen Zahlung, bei Doppelzahlungen oder Überzahlungen darf die Rückzahlung, soweit § 5 gilt, stets von der Ausgabe abgesetzt werden, im Übrigen nur, wenn die Bücher noch nicht abgeschlossen sind. Die Rückzahlung zu viel geleisteter Personalausgaben ist stets beim jeweiligen Ausgabebetitel abzusetzen.

(3) Titelverwechslungen dürfen nur berichtigt werden, solange die Bücher noch nicht abgeschlossen sind.

Abschnitt 3**Bewirtschaftung der Planstellen und Stellen**

§ 14

Verbindlichkeit des Stellenplans

(1) Die Erläuterungen zu den Titeln 428 .1 sind hinsichtlich der Zahl der für die einzelnen Entgeltgruppen angegebenen Stellen verbindlich. Abweichungen von den verbindlichen Erläuterungen bedürfen der Einwilligung des Bundesministeriums der Finanzen. Pauschale Abweichungen kann das Bundesministerium der Finanzen unter der Bedingung zulassen, dass dadurch die Personalausgaben der einbezogenen Stellen um mindestens 5 Prozent gemindert werden.

(2) Die Erläuterungen zu den Titeln, aus denen Verwaltungskosten erstattet oder Zuwendungen im Sinne des § 23 der Bundeshaushaltsordnung zur institutionellen Förderung geleistet werden, sind hinsichtlich der Zahl der für die einzelnen Entgeltgruppen angegebenen Stellen verbindlich. Dies gilt nicht für Stellen, die für Projektaufgaben ausgebracht sind. Die Wertigkeit außertariflicher Stellen ist durch Angabe der entsprechenden Besoldungsgruppen zu kennzeichnen. Abweichungen von den verbindlichen Erläuterungen bedürfen der Einwilligung des Bundesministeriums der Finanzen. Für die Fälle unvorhergesehener und tarifrechtlich unabweisbarer Höhergruppierungsansprüche kann das Bundesministerium der Finanzen seine Befugnisse auf die obersten Bundesbehörden übertragen.

§ 15

Ausbringung von Planstellen und Stellen

(1) Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, mit Einwilligung des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages Planstellen für Beamtinnen und Beamte und Stellen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Planstellen oberhalb der Besoldungsgruppe B 3 für Soldatinnen und Soldaten zusätzlich auszubringen, wenn hierfür ein unabweisbarer, auf andere Weise nicht zu befriedigender Bedarf be-

steht. Die neu ausgebrachten Planstellen und Stellen sind in finanziell gleichwertigem Umfang durch den Wegfall anderer Planstellen und Stellen einzusparen. Die für den Einzelplan zuständige Stelle gibt dem Bundesrechnungshof Gelegenheit zur Stellungnahme.

(2) Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, Planstellen und Stellen auszubringen, um Bedienstete folgender Einrichtungen zu übernehmen:

1. von bundesunmittelbaren juristischen Personen des öffentlichen Rechts,
2. von Unternehmen im Sinne von § 65 der Bundeshaushaltsordnung,
3. von Sondervermögen des Bundes oder
4. von Zuwendungsempfängern, die durch den Bund institutionell gefördert werden.

Die Ausbringung dieser Planstellen und Stellen setzt voraus, dass für diese Bediensteten keine Planstellen und Stellen im Bundeshaushalt ausgebracht sind, ein Personalüberhang bei den genannten Einrichtungen besteht, ein unabweisbarer, auf andere Weise nicht zu befriedigender Bedarf besteht, die Finanzierung der neu ausgebrachten Planstellen und Stellen auf Dauer sichergestellt ist und die Übernahme der Bediensteten zu einer Entlastung des Bundeshaushalts an anderer Stelle führt.

§ 16

Ausbringung von Planstellen und Stellen für Überhangpersonal

(1) Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, bei nachgewiesenem Bedarf:

1. Planstellen und Stellen auszubringen, wenn feststeht, dass sie mit Überhangpersonal von Bundesbehörden besetzt werden; mit der Versetzung des Überhangpersonals fallen die freiwerdenden Planstellen und Stellen weg,
2. sofern die in § 16 Absatz 1 Nummer 2 des Haushaltsgesetzes 2015 vorgesehene Möglichkeit zur Ausbringung von 300 befristeten Planstellen im Bereich Informationstechnik im Haushaltsjahr 2015 nicht ausgeschöpft werden konnte, die noch offene Anzahl auszubringen.

(2) Die im Bundeshaushalt ausgebrachten Haushaltsvermerke, wonach Planstellen und Stellen nur mit Überhangpersonal besetzt werden dürfen, entfallen nach der Versetzung des Überhangpersonals.

(3) Zur Deckung eines nachgewiesenen Mehrbedarfs bei Personalausgaben für die nach Absatz 1 Nummer 1 ausgebrachten Planstellen und Stellen dürfen Haushaltsmittel von den abgebenden Bundesbehörden umgesetzt werden. Im Falle des Absatzes 1 Nummer 2 darf ein nachgewiesener Mehrbedarf mit Einwilligung des Bundesministeriums der Finanzen durch Einsparungen im Kapitel 6002 Titelgruppe 01 gedeckt werden.

§ 17

Ausbringung von Ersatzplanstellen und Ersatzstellen

(1) Soweit ein unabweisbarer Bedarf besteht, einen Dienstposten wiederzubersetzen, gilt eine Planstelle für die Beamtin oder den Beamten, die oder der als Ersatz-

kraft die Funktion wahrnehmen soll, als ausgebracht, wenn die bisherige Inhaberin oder der bisherige Inhaber des Dienstpostens

1. nach § 14 des Deutschen Richtergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. April 1972 (BGBl. I S. 713), das zuletzt durch Artikel 132 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, in einem Land als Richterin oder Richter kraft Auftrags verwendet werden soll oder
2. mindestens sechs Monate im Rahmen der internationalen Zusammenarbeit ohne Wegfall der Dienstbezüge verwendet oder auf eine entsprechende Verwendung vorbereitet werden soll.

Die Planstelle ist bis zur Rückkehr der bisherigen Inhaberin oder des bisherigen Inhabers des Dienstpostens befristet und hat die Wertigkeit der Besoldungsgruppe der Beamtin oder des Beamten, die oder der als Ersatzkraft die Funktion wahrnehmen soll; die Wertigkeit der Planstelle der bisherigen Inhaberin oder des bisherigen Inhabers des Dienstpostens wird nicht überschritten.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend für Richterinnen und Richter, Soldatinnen und Soldaten sowie für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

§ 18

Ausbringung von Leerstellen

(1) Eine Leerstelle der entsprechenden Besoldungsgruppe gilt von Beginn der Beurlaubung oder Verwendung an als ausgebracht für planmäßige Beamtinnen und Beamte,

1. die nach § 92 Absatz 1, § 95 Absatz 1, § 90 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Bundesbeamtengesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 17. November 2015 (BGBl. I S. 1938) geändert worden ist, oder nach § 7 des Dienstrechtlichen Begleitgesetzes vom 30. Juli 1996 (BGBl. I S. 1183), das zuletzt durch Artikel 15 Absatz 1 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) geändert worden ist, ohne Dienstbezüge mindestens für sechs Monate beurlaubt werden,
2. die nach § 6 der Mutterschutz- und Elternzeitverordnung vom 12. Februar 2009 (BGBl. I S. 320), die zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 18. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2325) geändert worden ist, mindestens sechs Monate ohne Unterbrechung Elternzeit in Anspruch nehmen,
3. die im unmittelbaren Anschluss an eine Elternzeit nach Nummer 2 zum Zwecke der Fortsetzung der Kinderbetreuung ohne Dienstbezüge beurlaubt werden,
4. die nach § 24 des Gesetzes über den Auswärtigen Dienst vom 30. August 1990 (BGBl. I S. 1842), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 14. November 2011 (BGBl. I S. 2219, 2220) geändert worden ist, unter Wegfall der Besoldung für die Dauer der Tätigkeit der Ehepartnerin oder des Ehepartners an einer Auslandsvertretung beurlaubt werden,
5. die im dienstlichen Interesse des Bundes unter Wegfall der Dienstbezüge mindestens sechs Monate für eine der folgenden Verwendungen beurlaubt werden:

- a) bei einer Fraktion oder Gruppe des Deutschen Bundestages oder eines Landtages,
- b) bei einer juristischen Person des öffentlichen Rechts,
- c) bei einer öffentlichen zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung,
- d) im Rahmen der entwicklungspolitischen Zusammenarbeit oder bei einer Tätigkeit im Rahmen der Hilfe beim Aufbau des Rechtssystems der Staaten Mittel- und Osteuropas oder der Gemeinschaft Unabhängiger Staaten oder bei einer Auslandshandelskammer,
- e) bei einem zu mindestens 50 Prozent aus Zuwendungen des Bundes institutionell geförderten Zuwendungsempfänger oder bei einer vergleichbaren Mitgliedseinrichtung der Wissenschaftsgemeinschaft Gottfried Wilhelm Leibniz e. V.

oder

6. die beim Bundeskanzleramt oder beim Bundespräsidialamt verwendet werden.

(2) Kehren mehrere Beamtinnen und Beamte gleichzeitig in den Bundesdienst zurück, kann das Bundesministerium der Finanzen Sonderregelungen zur Nachbesetzung treffen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für Richterinnen und Richter, Soldatinnen und Soldaten sowie für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

(4) Werden planmäßige Bundesrichterinnen oder Bundesrichter an einem obersten Gerichtshof des Bundes zu Richterinnen oder Richtern des Bundesverfassungsgerichts gewählt, kann die zuständige oberste Bundesbehörde für diese Richterinnen oder Richter eine Leerstelle der bisherigen Besoldungsgruppe ausbringen.

(5) Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, Leerstellen, die nach Absatz 1 Nummer 1 bis 5 als ausgebracht gelten oder die für die in Absatz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Tatbestände ausgebracht sind, anzupassen, wenn eine Beförderung erfolgen soll. Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, die Befugnis nach Satz 1 auf die obersten Bundesbehörden zu übertragen. Leerstellen, die nach Absatz 1 Nummer 6 als ausgebracht gelten oder die für die in Absatz 1 Nummer 6 genannten Tatbestände ausgebracht sind, gelten als angepasst, wenn die oder der Bedienstete auf einer Planstelle oder Stelle des Bundeskanzleramtes oder des Bundespräsidialamtes befördert oder höhergruppiert worden ist.

§ 19

Umwandlung von Planstellen und Stellen

Die obersten Bundesbehörden werden ermächtigt, Planstellen in gleichwertige Stellen und Stellen in gleichwertige Planstellen umzuwandeln, soweit dafür ein unabweisbarer Bedarf besteht.

§ 20

Sonderregelungen bei kw-Vermerken

(1) Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt zuzulassen, dass von einem kw-Vermerk mit Datumsangabe abgewichen wird, wenn die Planstelle oder Stelle weiter benötigt wird, weil sie nicht rechtzeitig frei wird. In diesem Fall fällt die nächste frei werdende Planstelle oder Stelle der betreffenden Besoldungs- oder Entgeltgruppe weg.

(2) Die obersten Bundesbehörden werden ermächtigt, Planstellen und Stellen, die einen kw-Vermerk tragen, nach ihrem Freiwerden mit schwerbehinderten Menschen wiederzubesetzen, wenn es sich um eine Neueinstellung oder eine beamtenrechtliche Anstellung handelt und eine nach den §§ 71 bis 76 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch berechnete Beschäftigungsquote schwerbehinderter Menschen von 6 Prozent bei den Planstellen und Stellen des Einzelplans nicht erreicht ist. Mit Ausscheiden des schwerbehinderten Menschen aus der Planstelle oder Stelle fällt diese weg. Sie bleibt ausnahmsweise erhalten, wenn die Beschäftigungsquote nach Satz 1 zu diesem Zeitpunkt noch nicht erreicht ist und die Planstelle oder Stelle wieder mit einem schwerbehinderten Menschen besetzt wird. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht, wenn die Planstelle oder Stelle den Vermerk „kw mit Wegfall der Aufgabe“ trägt, sowie für Ersatzplanstellen und Ersatzstellen, die nach § 17 oder auf Grund der entsprechenden Regelungen früherer Haushaltsgesetze ausgebracht wurden oder als ausgebracht gelten.

§ 21

Überhangpersonal

Freie Planstellen und Stellen sind vorrangig mit Bediensteten zu besetzen, die bei anderen Behörden der Bundesverwaltung wegen Aufgabenrückgangs oder wegen Auflösung der Behörde nicht mehr benötigt werden.

Abschnitt 4

Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 22

Fortgeltung

§ 2 Absatz 2 Satz 3 und 4, Absatz 4 und 5 sowie die §§ 3 bis 21 gelten bis zum Tag der Verkündung des Haushaltsgesetzes des folgenden Haushaltsjahres weiter.

§ 23

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2016 in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates
sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt. Es
ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 21. Dezember 2015

Der Bundespräsident
Joachim Gauck

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Der Bundesminister der Finanzen
Schäuble

Gesamtplan

des Bundeshaushaltsplans

2016

Teil I: Haushaltsübersicht

- A. Einnahmen
- B. Ausgaben
- C. Verpflichtungsermächtigungen und deren Fälligkeiten
- D. Flexibilisierte Ausgaben nach § 5 des Haushaltsgesetzes

Teil II: Berechnung der zulässigen Kreditaufnahme nach § 5 des Artikel 115-Gesetzes sowie der Verordnung über das Verfahren zur Bestimmung der Konjunkturkomponente nach § 5 des Artikel 115-Gesetzes

Teil III: Finanzierungsübersicht

Teil IV: Kreditfinanzierungsplan

Gesamtplan – Teil I: Haushaltsübersicht**A. Einnahmen**

Epl.	Bezeichnung	Summe Einnahmen		gegenüber 2015 mehr (+) weniger (-) 1 000 €
		2016 1 000 €	2015 1 000 €	
1	2	3	4	5
01	Bundespräsident und Bundespräsidialamt	193	193	–
02	Deutscher Bundestag	1 653	1 885	–232
03	Bundesrat	69	96	–27
04	Bundeskanzlerin und Bundeskanzleramt	42 165	3 165	+39 000
05	Auswärtiges Amt	148 792	144 095	+4 697
06	Bundesministerium des Innern	486 543	443 126	+43 417
07	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz	527 319	488 634	+38 685
08	Bundesministerium der Finanzen	334 550	324 511	+10 039
09	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie ...	465 940	4 213 909	–3 747 969
10	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft	67 815	85 117	–17 302
11	Bundesministerium für Arbeit und Soziales	1 930 071	1 901 250	+28 821
12	Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur	6 018 409	5 833 933	+184 476
14	Bundesministerium der Verteidigung	242 070	292 113	–50 043
15	Bundesministerium für Gesundheit	110 936	107 036	+3 900
16	Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit	659 305	721 397	–62 092
17	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	69 399	68 440	+959
19	Bundesverfassungsgericht	40	40	–
20	Bundesrechnungshof	1 685	15	+1 670
21	Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	11		+11
23	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung	620 175	566 166	+54 009
30	Bundesministerium für Bildung und Forschung	83 876	89 426	–5 550
32	Bundesschuld	1 529 420	1 325 425	+203 995
60	Allgemeine Finanzverwaltung	303 559 564	290 290 028	+13 269 536
	Einnahmen	316 900 000	306 900 000	+10 000 000

Zu Spalte 3: Darin enthalten sind

- Steuereinnahmen in Höhe von 288 082 600 T€,
- Einnahmen aus Krediten in Höhe von – T€ sowie
- sonstige Einnahmen in Höhe von 28 817 400 T€.

Gesamtplan – Teil I: Haushaltsübersicht**A. Einnahmen**

Epl.	Bezeichnung	Steuern und steuer- ähnliche Abgaben	Verwaltungs- einnahmen	Übrige Einnahmen
		2016 1 000 €	2016 1 000 €	2016 1 000 €
1	2	6	7	8
01	Bundespräsident und Bundespräsidialamt	–	3	190
02	Deutscher Bundestag	–	1 653	–
03	Bundesrat	–	38	31
04	Bundeskanzlerin und Bundeskanzleramt	–	42 127	38
05	Auswärtiges Amt	–	148 392	400
06	Bundesministerium des Innern	–	480 981	5 562
07	Bundesministerium der Justiz und für Verbrau- cherschutz	–	527 035	284
08	Bundesministerium der Finanzen	–	264 541	70 009
09	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie ...	–	455 527	10 413
10	Bundesministerium für Ernährung und Landwirt- schaft	–	57 244	10 571
11	Bundesministerium für Arbeit und Soziales	–	71 223	1 858 848
12	Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur	–	5 790 555	227 854
14	Bundesministerium der Verteidigung	–	212 404	29 666
15	Bundesministerium für Gesundheit	–	110 296	640
16	Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit	–	60 049	599 256
17	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	–	8 187	61 212
19	Bundesverfassungsgericht	–	40	–
20	Bundesrechnungshof	–	9	1 676
21	Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	–	11	–
23	Bundesministerium für wirtschaftliche Zu- sammenarbeit und Entwicklung	–	9 014	611 161
30	Bundesministerium für Bildung und For- schung	–	30 245	53 631
32	Bundesschuld	–	772 066	757 354
60	Allgemeine Finanzverwaltung	288 367 600	5 522 839	9 669 125
	Summe Haushalt 2016	288 367 600	14 564 479	13 967 921
	Summe Haushalt 2015	280 347 500	19 716 087	6 836 413
	gegenüber 2015 mehr(+)/weniger(–)	+8 020 100	–5 151 608	+7 131 508

Gesamtplan – Teil I: Haushaltsübersicht**B. Ausgaben**

Epl.	Bezeichnung	Summe Ausgaben		gegenüber 2015 mehr (+) weniger (-)
		2016 1 000 €	2015 1 000 €	
1	2	3	4	5
01	Bundespräsident und Bundespräsidialamt	34 320	33 734	+586
02	Deutscher Bundestag	856 981	801 486	+55 495
03	Bundesrat	24 996	23 811	+1 185
04	Bundeskanzlerin und Bundeskanzleramt	2 413 099	2 234 798	+178 301
05	Auswärtiges Amt	4 810 140	3 801 464	+1 008 676
06	Bundesministerium des Innern	7 801 488	6 307 796	+1 493 692
07	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz	745 492	695 452	+50 040
08	Bundesministerium der Finanzen	5 885 151	5 591 621	+293 530
09	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie ...	7 621 783	7 394 687	+227 096
10	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft	5 595 168	5 350 716	+244 452
11	Bundesministerium für Arbeit und Soziales	129 888 984	126 309 918	+3 579 066
12	Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur	24 571 659	23 281 434	+1 290 225
14	Bundesministerium der Verteidigung	34 287 847	32 974 183	+1 313 664
15	Bundesministerium für Gesundheit	14 572 911	12 066 920	+2 505 991
16	Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit	4 544 396	3 865 197	+679 199
17	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	9 103 673	8 835 562	+268 111
19	Bundesverfassungsgericht	29 191	33 324	-4 133
20	Bundesrechnungshof	148 610	141 482	+7 128
21	Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	13 716		+13 716
23	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung	7 406 751	6 543 462	+863 289
30	Bundesministerium für Bildung und Forschung	16 400 265	15 274 960	+1 125 305
32	Bundesschuld	25 227 120	22 259 287	+2 967 833
60	Allgemeine Finanzverwaltung	14 916 259	23 078 706	-8 162 447
	Ausgaben	316 900 000	306 900 000	+10 000 000

Gesamtplan – Teil I: Haushaltsübersicht**B. Ausgaben**

Epl.	Bezeichnung	Personal- ausgaben 2016 1 000 €	Sächliche Verwaltungs- ausgaben 2016 1 000 €	Militärische Beschaffungen, Anlagen usw. 2016 1 000 €	Schulden- dienst 2016 1 000 €
1	2	6	7	8	9
01	Bundespräsident und Bundespräsidialamt	19 504	9 486	–	–
02	Deutscher Bundestag	577 923	135 418	–	–
03	Bundesrat	15 533	8 720	–	–
04	Bundeskanzlerin und Bundeskanzleramt	281 118	867 457	–	–
05	Auswärtiges Amt	970 827	344 770	–	–
06	Bundesministerium des Innern	3 762 820	1 575 330	–	–
07	Bundesministerium der Justiz und für Verbrau- cherschutz	479 378	144 768	–	–
08	Bundesministerium der Finanzen	3 270 653	780 721	–	–
09	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie	750 994	282 674	–	–
10	Bundesministerium für Ernährung und Landwirt- schaft	336 137	231 872	–	–
11	Bundesministerium für Arbeit und Soziales	214 303	125 715	–	–
12	Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur	1 580 459	2 349 937	–	–
14	Bundesministerium der Verteidigung	16 985 770	5 745 436	10 155 930	–
15	Bundesministerium für Gesundheit	224 694	161 782	–	–
16	Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit	346 868	299 492	–	–
17	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	126 166	45 377	–	–
19	Bundesverfassungsgericht	24 230	3 282	–	–
20	Bundesrechnungshof	122 575	18 606	–	–
21	Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	9 796	3 330	–	–
23	Bundesministerium für wirtschaftliche Zu- sammenarbeit und Entwicklung	81 954	62 721	–	–
30	Bundesministerium für Bildung und For- schung	104 607	65 045	–	–
32	Bundesschuld	–	40 491	–	23 771 629
60	Allgemeine Finanzverwaltung	702 895	397 655	30 000	–
	Summe Haushalt 2016	30 989 204	13 700 085	10 185 930	23 771 629
	Summe Haushalt 2015	29 995 918	12 873 192	9 568 004	21 267 287
	gegenüber 2015 mehr(+)/weniger(–)	+993 286	+826 893	+617 926	+2 504 342

Gesamtplan – Teil I: Haushaltsübersicht**B. Ausgaben**

Epl.	Bezeichnung	Zuweisungen und Zuschüsse (ohne Investitionen)	Ausgaben für Investitionen	Besondere Finanzierungs- ausgaben
		2016 1 000 €	2016 1 000 €	2016 1 000 €
1	2	10	11	12
01	Bundespräsident und Bundespräsidialamt	4 053	1 277	–
02	Deutscher Bundestag	104 667	38 973	–
03	Bundesrat	303	440	–
04	Bundeskanzlerin und Bundeskanzleramt	989 925	279 739	–5 140
05	Auswärtiges Amt	3 330 899	173 694	–10 050
06	Bundesministerium des Innern	1 753 662	778 308	–68 632
07	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz	105 339	17 689	–1 682
08	Bundesministerium der Finanzen	1 625 617	221 294	–13 134
09	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie ...	5 015 158	1 647 583	–74 626
10	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft	4 498 853	557 672	–29 366
11	Bundesministerium für Arbeit und Soziales	129 538 619	13 247	–2 900
12	Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur	6 766 872	13 965 025	–90 634
14	Bundesministerium der Verteidigung	1 274 434	204 772	–78 495
15	Bundesministerium für Gesundheit	14 153 229	34 517	–1 311
16	Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit	1 104 569	2 821 999	–28 532
17	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	8 688 346	251 482	–7 698
19	Bundesverfassungsgericht	1 430	249	–
20	Bundesrechnungshof	6 209	1 220	–
21	Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	323	297	–30
23	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung	2 560 937	4 718 095	–16 956
30	Bundesministerium für Bildung und Forschung	14 191 120	2 348 659	–309 166
32	Bundesschuld	–	1 415 000	–
60	Allgemeine Finanzverwaltung	11 642 654	1 993 055	150 000
	Summe Haushalt 2016	207 357 218	31 484 286	–588 352
	Summe Haushalt 2015	198 633 728	29 880 469	4 681 402
	gegenüber 2015 mehr(+)/weniger(–)	+8 723 490	+1 603 817	–5 269 754

Gesamtplan – Teil I: Haushaltsübersicht**C. Verpflichtungsermächtigungen und deren Fälligkeiten**

Epl.	Bezeichnung	Verpflichtungs- ermächti- gung 2016 1 000 €	von dem Gesamtbetrag (Spalte 3) dürfen fällig werden				
			2017	2018	2019	Folgejahre	in künftigen Haushalts- jahren
			1 000 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €
1	2	3	4	5	6	7	8
02	Deutscher Bundestag	28 374	7 509	2 553	1 400	–	16 912
04	Bundeskanzlerin und Bundeskanzler- amt	973 991	175 590	205 345	207 686	385 370	–
05	Auswärtiges Amt	1 232 155	565 840	360 965	250 900	54 450	–
06	Bundesministerium des Innern	1 211 932	411 543	315 232	222 142	263 015	–
07	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz	112 227	11 001	6 016	5 210	–	90 000
08	Bundesministerium der Finanzen	833 311	92 361	80 055	79 598	581 297	–
09	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie	3 498 646	1 189 036	1 000 070	931 906	377 634	–
10	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft	1 254 899	312 172	220 869	136 372	585 486	–
11	Bundesministerium für Arbeit und Soziales	2 823 868	1 665 061	789 975	245 232	123 600	–
12	Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur	21 257 345	3 179 123	1 886 874	1 285 138	3 118 210	11 788 000
14	Bundesministerium der Verteidi- gung	17 114 033	2 978 277	2 891 616	2 884 260	8 359 880	–
15	Bundesministerium für Gesundheit ...	69 944	31 144	21 893	13 875	3 032	–
16	Bundesministerium für Umwelt, Na- turschutz, Bau und Reaktorsicherheit	1 909 637	683 066	550 763	463 220	203 388	9 200
17	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	636 062	378 198	143 503	99 311	15 050	–
19	Bundesverfassungsgericht	405	55	55	55	240	–
20	Bundesrechnungshof	350	200	150	–	–	–
21	Die Bundesbeauftragte für den Daten- schutz und die Informationsfreiheit ..	117	39	39	39	–	–
23	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung ...	7 400 000	968 889	848 689	620 431	219 131	4 742 860
30	Bundesministerium für Bildung und Forschung	8 022 012	1 969 137	2 062 516	1 989 549	2 000 810	–
60	Allgemeine Finanzverwaltung	2 975 174	1 510 784	1 379 290	15 100	70 000	–
	Summe	71 354 482	16 129 025	12 766 468	9 451 424	16 360 593	16 646 972

Gesamtplan – Teil I: Haushaltsübersicht**D. Flexibilisierte Ausgaben nach § 5 des Haushaltsgesetzes**

Epl.	Bezeichnung	Kapitel	Summe		gegenüber 2015 mehr (+) weniger (-) 1 000 €
			2016 1 000 €	2015 1 000 €	
1	2	3	4	5	6
01	Bundespräsident und Bundespräsidialamt	01, 11, 12, 13	24 193	23 710	+483
02	Deutscher Bundestag	11, 12, 13	332 556	310 001	+22 555
03	Bundesrat	11, 12	18 553	17 493	+1 060
04	Bundeskanzlerin und Bundeskanzleramt	10, 11, 12, 13, 31, 32, 51, 52, 53, 54, 55	298 380	282 883	+15 497
05	Auswärtiges Amt	04, 11, 12, 13	1 222 004	1 198 563	+23 441
06	Bundesministerium des Innern	11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 28, 29, 33, 34, 35	4 483 112	3 826 298	+656 814
07	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	460 493	436 151	+24 342
08	Bundesministerium der Finanzen	11, 12, 13, 14, 15, 16	3 126 245	2 916 541	+209 704
09	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie	11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18	870 244	832 013	+38 231
10	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft	11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18	407 578	376 224	+31 354
11	Bundesministerium für Arbeit und Soziales	11, 12, 13, 14, 15, 16	228 599	223 000	+5 599
12	Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur	11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24	1 512 085	1 041 002	+471 083
14	Bundesministerium der Verteidigung ...	03, 07, 11, 12, 13	5 467 626	2 053 525	+3 414 101
15	Bundesministerium für Gesundheit ...	11, 12, 13, 14, 15, 16, 17	300 684	300 815	-131
16	Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit	11, 12, 13, 14, 15, 16, 17	397 394	390 934	+6 460
17	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	11, 12, 13, 14, 15	133 675	119 331	+14 344
19	Bundesverfassungsgericht	11, 12	22 779	27 014	-4 235
20	Bundesrechnungshof	11, 12, 13	103 398	98 236	+5 162
21	Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit ...	11, 12	12 952	-	+12 952
23	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung	11, 12	99 901	88 572	+11 329
30	Bundesministerium für Bildung und Forschung	02, 11, 12	137 211	129 243	+7 968
	Summe		19 659 662	14 691 549	+4 968 113

Gesamtplan – Teil II:

Berechnung der zulässigen Kreditaufnahme
nach § 5 des Artikel 115-Gesetzes sowie der Verordnung über das Verfahren
zur Bestimmung der Konjunkturkomponente nach § 5 des Artikel 115-Gesetzes

Komponenten zur Berechnung der zulässigen Kreditaufnahme		Betrag für 2016
		Millionen €
1		2
1.	Maximal zulässige strukturelle Nettokreditaufnahme (in % des BIP)	0,35
2.	Nominales Bruttoinlandsprodukt des der Haushaltsaufstellung vorangegangenen Jahres	2 915 650
3.	Maximal zulässige strukturelle Nettokreditaufnahme	10 205
	(Produkt aus 1. und 2.)	
4.	Saldo der finanziellen Transaktionen	67
	(Differenz zwischen 4a. und 4b.)	
4a.	Finanzielle Transaktionen: Einnahmen	(952)
4aa.	Einnahmen aus finanziellen Transaktionen Bundeshaushalt	952
4ab.	Einnahmen aus finanziellen Transaktionen der Sondervermögen	–
4b.	Finanzielle Transaktionen: Ausgaben	(886)
4ba.	Ausgaben aus finanziellen Transaktionen Bundeshaushalt	886
4bb.	Ausgaben aus finanziellen Transaktionen der Sondervermögen	–
5.	Konjunkturkomponente	251
	(Produkt aus 5a. und 5b.)	
5a.	Nominale Produktionslücke	1 225
5b.	Budgetsemielastizität (ohne Einheit)	0,205
6.	Abbauverpflichtung aus dem Kontrollkonto	–
7.	Zulässige Nettokreditaufnahme	9 887
	(Differenz zwischen 3. und der Summe der Positionen 4., 5. und 6.)	
8.	Nettokreditaufnahme des Bundes	–
9.	Finanzierungssalden der Sondervermögen	–5 440
9a.	Finanzierungssaldo Energie- und Klimafonds	–440
9b.	Finanzierungssaldo Aufbauhilfefonds	–3 500
9c.	Finanzierungssaldo Kommunalinvestitionsförderungsfonds	–1 500
10.	Für die Schuldenregel relevante Kreditaufnahme	5 440
	(Differenz zwischen 8. und 9.)	
Nachrichtlich: Stand des Kontrollkontos auf Basis des Haushaltsabschlusses 2014		119 789

Datengrundlage: Statistisches Bundesamt und gesamtwirtschaftliche Vorausschätzungen der Bundesregierung.

zu 9.: Der Mittelabfluss des Aufbauhilfe- und des Kommunalinvestitionsförderungsfonds basiert auf vorsichtigen Schätzungen.

Differenzen durch Rundung möglich.

Gesamtplan – Teil III:

Finanzierungsübersicht

Finanzierungsübersicht		Betrag für 2016	Betrag für 2015
		1 000 €	
1		2	3
1.	Berechnung des Finanzierungssaldos		
1.1	Einnahmen	310 515 000	306 620 000
	(ohne Einnahmen aus Krediten vom Kreditmarkt, Entnahmen aus Rücklagen, Einnahmen aus kassenmäßigen Überschüssen und Münzeinnahmen)		
	davon:		
	Steuereinnahmen	288 082 600	280 067 500
	Verwaltungseinnahmen	22 432 400	26 552 500
1.2	Ausgaben	316 900 000	301 900 000
	(ohne Ausgaben zur Schuldentilgung am Kreditmarkt, Zuführungen an Rücklagen und Ausgaben zur Deckung eines kassenmäßigen Fehlbetrages)		
	Finanzierungssaldo	-6 385 000	4 720 000
2.	Finanzierungssaldo		
2.1	Deckung des Finanzierungssaldos		
2.1.1	Münzeinnahmen	285 000	280 000
2.1.2	Nettoneuverschuldung (Nettokreditaufnahme) am Kreditmarkt	–	–
2.2	Verwendung des Finanzierungssaldos		
2.2.1	Zuführungen an Rücklagen	–	–5 000 000
2.2.2	Entnahmen aus Rücklagen	6 100 000	–
2.3	Summe	(6 385 000)	(-4 720 000)

Gesamtplan – Teil IV:

Kreditfinanzierungsplan

Kreditfinanzierungsplan		Betrag für 2016	Betrag für 2015
		1 000 €	
1		2	3
1. Einnahmen			
1.1 Einnahmen aus Krediten (Bruttokreditaufnahme)		(207 175 900)	(175 958 583)
1.1.1 Laufzeit mehr als vier Jahre		99 818 610	99 958 715
1.1.2 Laufzeit ein bis vier Jahre		55 133 200	50 491 157
1.1.3 Laufzeit weniger als ein Jahr		52 224 090	25 508 711
1.2 Sonstige Einnahmen zur Schuldentilgung		(–)	(19)
1.2.1 Bundesbankmehrgewinn (Kap. 6002 Tit. 121 04)		–	–
1.2.2 Spenden		–	19
1.2.3 Teilaufhebung von Entschuldungsbescheiden nach Art. 25 Abs. 3 Einigungsvertrag		–	–
1.2.4 Rückbuchung erloschener Restanten		–	–
Einnahmen		207 175 900	175 958 602
2. Ausgaben zur Tilgung von Krediten			
2.1 Laufzeit mehr als vier Jahre		113 886 860	94 134 370
2.2 Laufzeit ein bis vier Jahre		50 528 270	56 200 148
2.3 Laufzeit weniger als ein Jahr		31 809 240	38 215 174
Ausgaben		196 224 370	188 549 692
3. Herleitung der Nettokreditaufnahme			
3.1 Bruttokreditaufnahme (aus 1.1)		207 175 900	175 958 583
3.2 Sonstige Einnahmen zur Schuldentilgung (aus 1.2)		–	19
		(207 175 900)	(175 958 602)
3.3 Tilgung von Krediten (aus 2.)		–196 224 370	–188 549 692
		(10 951 530)	(–12 591 090)
3.4 Eigenbestandsveränderung (Marktpflege)		2 925 320	299 679
		(13 876 850)	(–12 291 411)
3.5 Selbstbewirtschaftungsmittel			
3.5.1 Nicht kassenwirksame, NKA-relevante Haushaltsausgaben zur Finanzierung von Auszahlungen zur Verrechnung auf Selbstbewirtschaftungskonten		–	–
3.5.2 Kassenwirksame, nicht NKA-relevante Kreditaufnahme zur Finanzierung von Auszahlungen an Dritte aus Selbstbewirtschaftungskonten		–	–50 000
3.6 Sondervermögen „Schlusszahlungsvorsorge“			
3.6.1 Nicht kassenwirksame, NKA-relevante Haushaltsausgaben zur Finanzierung der Zuführung zum Sondervermögen		84 641	–271 060
3.6.2 Kassenwirksame, nicht NKA-relevante Kreditaufnahme zur Finanzierung von Auszahlungen aus dem Sondervermögen		–2 188 021	–
3.7 Sondervermögen „Kinderbetreuungsausbau“ und „Kinderbetreuungsfinanzierung“			
3.7.1 Nicht kassenwirksame, NKA-relevante Haushaltsausgaben zur Finanzierung der Zuführung zum Sondervermögen		–	–
3.7.2 Kassenwirksame, nicht NKA-relevante Kreditaufnahme zur Finanzierung von Auszahlungen aus dem Sondervermögen		–	–190 000
3.8 Sondervermögen „Aufbauhilfe“			
3.8.1 Nicht kassenwirksame, NKA-relevante Haushaltsausgaben zur Finanzierung der Zuführung zum Sondervermögen		–1 500 000	–500 000
3.8.2 Kassenwirksame, nicht NKA-relevante Kreditaufnahme zur Finanzierung von Auszahlungen aus dem Sondervermögen		–3 500 000	–1 000 000

Kreditfinanzierungsplan		Betrag für 2016	Betrag für 2015
		1 000 €	
1		2	3
3.9	Sondervermögen „Kommunalinvestitionsförderungsfonds“		
3.9.1	Nicht kassenwirksame, NKA-relevante Haushaltsausgaben zur Finanzierung der Zuführung zum Sondervermögen	–	3 500 000
3.9.2	Kassenwirksame, nicht NKA-relevante Kreditaufnahme zur Finanzierung von Auszahlungen aus dem Sondervermögen	–1 500 000	–350 000
3.10	Sondervermögen „Energie- und Klimafonds“		
3.10.1	Nicht kassenwirksame, NKA-relevante Haushaltsausgaben zur Finanzierung der Zuführung zum Sondervermögen	–	1 500 000
3.10.2	Kassenwirksame, nicht NKA-relevante Kreditaufnahme zur Finanzierung von Auszahlungen aus dem Sondervermögen	–440 000	–
3.11	Rücklage „Asylbewerber und Flüchtlinge“		
3.11.1	Nicht kassenwirksame, NKA-relevante Zuführungen zur Rücklage	–	5 000 000
3.11.2	Nicht kassenwirksame, NKA-relevante Entnahmen aus der Rücklage	–6 100 000	–
3.12	Umbuchung zum Haushaltsausgleich gemäß dem Haushaltsvermerk zu Kap. 3201	1 266 530	4 652 471
	Nettokreditaufnahme	–	–

Zweites Gesetz zur Änderung des Gesetzes über Bausparkassen

Vom 21. Dezember 2015

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Das Bausparkassengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Februar 1991 (BGBl. I S. 454), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 14 des Gesetzes vom 28. August 2013 (BGBl. I S. 3395) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „Artikel 2 des Gesetzes vom 29. Juli 2008 (BGBl. I S. 1509)“ durch die Wörter „Artikel 2 Absatz 8 des Gesetzes vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434)“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Jeder Bausparer einer Bausparkasse ist Mitglied einer Zweckspargemeinschaft (Kollektiv).“

b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „, wenn sie im Zusammenhang mit dem Bau von Wohnungen oder in Gebieten durchgeführt werden, die dem Wohnen dienen, und wenn sie dazu bestimmt sind, zur Versorgung dieser Gebiete beizutragen“ durch die Wörter „und der Erwerb gewerblicher Bauwerke, wenn sie dazu bestimmt sind, zur Versorgung von Wohngebieten beizutragen“ ersetzt.

c) Nach Absatz 3 werden die folgenden Absätze 4 bis 9 eingefügt:

„(4) Die kollektiv bedingte Zinsspanne ist der Quotient aus dem kollektiv bedingten Zinsüberschuss und dem Jahresdurchschnittsbestand an Bauspareinlagen. Der kollektiv bedingte Zinsüberschuss ist die Summe der Erträge aus Bau-

spardarlehen und der nicht in Bauspardarlehen angelegten Bauspareinlagen abzüglich des Zinsaufwands für Bauspareinlagen.

(5) Zuteilung ist die Bereitstellung des Bausparguthabens und des Bauspardarlehens aus der zur Verfügung stehenden Zuteilungsmasse nach Erreichen der vertraglich vereinbarten Zuteilungsvoraussetzungen.

(6) Zuteilungsmasse ist die Summe aus den Bauspareinlagen, den Mitteln, die zur Gewährung von Bauspardarlehen zugeführt worden sind, und dem Fonds zur bauspartechnischen Absicherung im Sinne des § 6 Absatz 2, abzüglich der Summe der gewährten Bauspardarlehen.

(7) Kollektivmittel sind die Summe aus Bauspareinlagen und dem Fonds zur bauspartechnischen Absicherung im Sinne des § 6 Absatz 2.

(8) Wartezeit ist der Zeitraum vom Beginn des Bausparvertrages bis zur Zuteilung.

(9) Aufsichtsbehörde ist die Behörde im Sinne des § 1 Absatz 5 des Kreditwesengesetzes.“

d) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 10.

2. § 2 wird wie folgt gefasst:

„§ 2

Zulassung

zum Geschäftsbetrieb; Rechtsform

(1) Wer das Bauspargeschäft betreiben will, bedarf der schriftlichen oder elektronischen Erlaubnis der Aufsichtsbehörde. Zusätzlich zu den in § 32 des Kreditwesengesetzes genannten Voraussetzungen setzt die Erteilung der Erlaubnis voraus, dass eine Bausparkasse

1. über ein Kernkapital im Sinne des Artikels 25 der Verordnung (EU) Nr. 575/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013

über Aufsichtsanforderungen an Kreditinstitute und Wertpapierfirmen und zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 646/2012 (ABl. L 176 vom 27.6.2013, S. 1) von mindestens 20 Millionen Euro verfügt,

2. geeignete Geschäftsleiter hat, die insbesondere über ausreichende Erfahrungen im Kredit- und Bauspargeschäft verfügen und nicht gleichzeitig Mitglied der Geschäftsleitung eines übergeordneten Unternehmens oder Schwesterunternehmens sind,
3. Allgemeine Geschäftsgrundsätze und Allgemeine Bedingungen für Bausparverträge formuliert hat, die jeweils den Anforderungen nach § 5 entsprechen,
4. geeignete Regelungen und Instrumente im Sinne des § 8 Absatz 1 zur Steuerung, Überwachung und Kontrolle der Risiken aus dem Bauspargeschäft besitzt,
5. der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bundesanstalt) einen Geschäftsplan vorlegt, in dem sie darlegt, wie sie das Bauspargeschäft regelmäßig und nachhaltig betreiben wird,
6. über den für den regelmäßigen und nachhaltigen Betrieb des Bauspargeschäfts erforderlichen organisatorischen Aufbau verfügt und
7. eine nachhaltige Vertriebstätigkeit sowie deren Kontrolle und Steuerung dauerhaft gewährleistet erscheinen lässt, um durch den ausreichenden Abschluss neuer Bausparverträge (Neugeschäft) eine gleichmäßige und möglichst kurze Wartezeit sicherstellen zu können.

Das Vorliegen dieser Voraussetzungen ist im Erlaubnisantrag darzulegen.

(2) Private Bausparkassen dürfen nur in der Rechtsform der Aktiengesellschaft betrieben werden. Die Rechtsform der öffentlich-rechtlichen Bausparkassen wird von den Ländern bestimmt.

(3) Abweichend von § 33 Absatz 3 des Kreditwesengesetzes ist die erforderliche Erlaubnis auch dann zu versagen, wenn die Voraussetzungen nach den Absätzen 1 und 2 nicht vorliegen. Die Bundesanstalt kann die Erlaubnis auch versagen, wenn der Antrag entgegen Absatz 1 Satz 3 keine ausreichenden Angaben oder Unterlagen enthält.

(4) Die Aufsichtsbehörde kann die Erlaubnis außer in den Fällen des § 35 Absatz 2 des Kreditwesengesetzes auch dann aufheben, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 4, 6 und 7 sowie nach Absatz 2 nicht mehr vorliegen. Ist die Europäische Zentralbank Aufsichtsbehörde, kann die Bundesanstalt ihr nach Maßgabe von Satz 1 und § 35 Absatz 2 und 2a des Kreditwesengesetzes Beschlussentwürfe nach Artikel 14 Absatz 5 der Verordnung (EU) Nr. 1024/2013 des Rates vom 15. Oktober 2013 zur Übertragung besonderer Aufgaben im Zusammenhang mit der Aufsicht über Kreditinstitute auf die Europäische Zentralbank (ABl. L 287 vom 29.10.2013, S. 63) vorlegen.

(5) Hebt die Aufsichtsbehörde die Erlaubnis für das Bauspargeschäft auf oder erlischt die Erlaubnis nach § 35 Absatz 1 des Kreditwesengesetzes, so ist der gesamte Bestand an Bausparverträgen mit

den zugehörigen Aktiva und Passiva gemäß § 14 Absatz 1 auf eine andere Bausparkasse zu übertragen. Soweit zu diesem Zweck erforderlich, sind sonstige Aktiva und Passiva mit zu übertragen, etwa Forderungen aus einer Anlage nach § 4 Absatz 1 Nummer 10 in Verbindung mit § 4 Absatz 3, die zur Gewährung von Bauspardarlehen zugeführten Mittel sowie Verbindlichkeiten aus Geschäften nach § 4 Absatz 1 Nummer 5.

(6) Kommt die Bausparkasse einer Aufforderung der Bundesanstalt zur Übertragung im Sinne des Absatzes 5 innerhalb einer angemessenen Zeit nicht nach, kann die Bundesanstalt die Abwicklung der Geschäfte anordnen. Für Bausparkassen, die keine juristischen Personen des öffentlichen Rechts sind, gilt § 38 Absatz 1 Satz 2 und 3 des Kreditwesengesetzes entsprechend.

(7) Die Regelungen des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes, des Kreditinstitute-Reorganisationsgesetzes und § 48t des Kreditwesengesetzes bleiben jeweils unberührt.“

3. Nach § 2 wird folgender § 2a eingefügt:

„§ 2a

Unwirksamkeit von Verträgen oder Absprachen mit beherrschender Wirkung

Verträge und Absprachen, durch die die Leitung einer Bausparkasse ganz oder teilweise einer anderen Person unterstellt wird, sind unwirksam, sofern es sich bei der anderen Person nicht um eine Bausparkasse handelt.“

4. § 3 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bundesanstalt)“ durch das Wort „Aufsichtsbehörde“ und die Wörter „der Verordnung (EU) Nr. 575/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 über Aufsichtsanforderungen an Kreditinstitute und Wertpapierfirmen und zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 646/2012 (ABl. L 176 vom 27.6.2013, S. 1)“ durch die Wörter „der in § 6 Absatz 1 Satz 1 des Kreditwesengesetzes genannten Gesetze und Verordnungen“ ersetzt.

b) In Absatz 2 wird das Wort „Bundesanstalt“ durch das Wort „Aufsichtsbehörde“ ersetzt.

c) Die folgenden Absätze 4 bis 6 werden angefügt:

„(4) Die Bausparkasse hat die Genehmigung der Bundesanstalt nach diesem Gesetz schriftlich oder elektronisch zu beantragen. Sie hat dem Antrag jeweils sämtliche Unterlagen und Informationen beizufügen, die zur Beurteilung des Antrags erforderlich sind. Die Bundesanstalt kann die Genehmigung versagen, wenn der Antrag keine ausreichenden Unterlagen oder Informationen enthält.

(5) Bausparkassen haben der Bundesanstalt laufend, mindestens einmal jährlich, über

1. die Erfüllbarkeit der von der Bausparkasse übernommenen Verpflichtungen,
2. den Bestand an Bausparverträgen mit den zugehörigen Aktiva und Passiva,

3. Zuführungen zur Zuteilungsmasse,
4. Zwischenanlagen der Mittel der Zuteilungsmasse,
5. Entnahmen aus der Zuteilungsmasse und
6. die aktuellen Forderungen aus Bauspardarlehen samt ihrer Besicherung

zu berichten (kollektiver Lagebericht). Die Bausparkasse hat im Rahmen des kollektiven Lageberichts gesondert zur Erfüllbarkeit von längerfristigen Verbindlichkeiten Stellung zu nehmen. Der kollektive Lagebericht hat insbesondere Fortschreibungen über die erwartete Entwicklung des Bauspargeschäfts sowie Prognosen weiterer, im Zusammenhang mit dem Bauspargeschäft stehender betriebswirtschaftlicher Größen zu enthalten.

(6) Liegen nach den Ergebnissen der von den Bausparkassen nach den Regelungen des § 8 Absatz 4 zu verwendenden bauspartechnischen Simulationsmodelle die Voraussetzungen des § 2 Absatz 1 Nummer 3 in Verbindung mit § 5 Absatz 4 nicht vor, so hat die Bausparkasse dies unverzüglich der Bundesanstalt anzuzeigen. Die Bausparkasse hat der Bundesanstalt zudem auf Anforderung aktuelle Ergebnisse eines bausparspezifischen Simulationsmodells vorzulegen, sofern dies zur Erfüllung der Aufgaben der Bundesanstalt erforderlich ist.“

5. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 werden nach dem Wort „dienen“ die Wörter „(Vorfinanzierungskredite oder Zwischenfinanzierungskredite)“ eingefügt.

bb) In Nummer 2 werden nach dem Wort „gewähren“ die Wörter „(sonstige Baudarlehen)“ eingefügt.

cc) Nummer 5 wird wie folgt geändert:

aaa) Buchstabe c wird wie folgt gefasst:

„c) vorbehaltlich einer Erlaubnis nach § 2 Absatz 1 Satz 1 des Pfandbriefgesetzes Hypothekenpfandbriefe im Sinne des § 1 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 des Pfandbriefgesetzes nach den Bestimmungen des Pfandbriefgesetzes ausgeben;“.

bbb) Folgender Buchstabe d wird angefügt:

„d) sonstige Schuldverschreibungen ausgeben;“.

dd) Der Nummer 6 wird folgender Wortlaut angefügt:

„die Regelungen des Absatzes 3 Satz 1 Nummer 8, Satz 2 und 3 bleiben hiervon unberührt;“.

ee) In Nummer 9 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt.

ff) Die folgenden Nummern 10 und 11 werden angefügt:

„10. verfügbares Geld nach Maßgabe des Absatzes 3 anlegen;

11. sonstige Geschäfte betreiben, die mit dem Bauspargeschäft oder mit den nach den Nummern 1 bis 10 zulässigen Geschäften in einem unmittelbaren Zusammenhang stehen, diesem nützlich und allenfalls mit einem geringen Risiko verbunden sind sowie keine neuen Geschäftskreise eröffnen.“

b) In Absatz 2 werden die Wörter „75 vom Hundert des Gesamtbetrages der Bauspardarlehen“ durch die Wörter „den Gesamtbetrag der Bauspardarlehen“ ersetzt.

c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Verfügbares Geld dürfen die Bausparkassen anlegen in

1. Guthaben bei dem einheitlichen Aufsichtsmechanismus nach Artikel 6 der Verordnung (EU) Nr. 1024/2013 oder einer staatlichen Aufsicht unterliegenden Kreditinstituten in der Europäischen Union, in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz,

2. Namensschuldverschreibungen, die von den in Nummer 1 genannten Kreditinstituten ausgegeben werden,

3. Einlagenzertifikate von den in Nummer 1 genannten Kreditinstituten, sofern diese Papiere eine restliche Laufzeit von höchstens zwölf Monaten haben,

4. Schuldbuchforderungen, unverzinslichen Schatzanweisungen und Schatzwechsels des Bundes, seiner Sondervermögen und der Länder sowie vergleichbaren Schudtiteln der Europäischen Union, ihrer Mitgliedstaaten oder anderer Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie der Schweiz,

5. Schuldverschreibungen,

a) die von einer der in Nummer 4 bezeichneten Stellen ausgegeben wurden,

b) für deren Verzinsung und Rückzahlung eine der in Nummer 4 bezeichneten Stellen die Gewährleistung übernommen hat oder

c) die zum Handel an einem organisierten Markt nach § 2 Absatz 5 des Wertpapierhandelsgesetzes zugelassen sind und bei denen die Erfüllung der Leistungspflichten aus der Schuldverschreibung während der gesamten Laufzeit gewährleistet erscheint,

6. Forderungen aus Gelddarlehen, über die ein Schuldschein ausgestellt wurde, sofern diese Forderungen nach dem Erwerb durch die Bausparkasse mindestens zweimal abgetreten werden können und das Darlehen gewährt wurde,

a) einer der in Nummer 4 bezeichneten Stellen, einer anderen regionalen oder lokalen Gebietskörperschaft im Sinne des Artikels 115 der Verordnung (EU) Nr. 575/2013 eines Mitgliedstaats der Europäischen Union

oder eines anderen Vertragsstaats des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz,

- b) geeigneten sonstigen Körperschaften oder Anstalten des öffentlichen Rechts im Inland oder in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz,
 - c) Unternehmen, die Wertpapiere ausgegeben haben, die zum Handel an einem organisierten Markt nach § 2 Absatz 5 des Wertpapierhandelsgesetzes zugelassen sind, oder
 - d) gegen Übernahme der Gewährleistung für die Verzinsung und Rückzahlung durch eine der in Nummer 4 bezeichneten Stellen;
- der Gesamtbetrag dieser Forderungen der Bausparkasse darf ihr haftendes Eigenkapital nicht übersteigen;
7. Investmentanteilen an einem nach dem Grundsatz der Risikomischung angelegten Vermögen, die von einer Kapitalverwaltungsgesellschaft oder von einer ausländischen Investmentgesellschaft, die jeweils zum Schutz der Anteilinhaber einer besonderen öffentlichen Aufsicht unterliegt, ausgegeben wurden, wenn nach den Vertragsbedingungen oder der Satzung der Kapitalverwaltungsgesellschaft oder der Investmentgesellschaft das Vermögen nur in den Schuldtiteln nach den Nummern 1 bis 6 und 8 sowie in Bankguthaben angelegt werden darf,
8. Aktien,
- a) die voll eingezahlt sind und
 - b) die zum Handel zugelassen oder an einem anderen organisierten Markt zugelassen oder in diesen einbezogen oder an einer Börse in einem Staat außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums zum Handel zugelassen oder dort an einem anderen organisierten Markt zugelassen oder in diesen einbezogen sind.

Die Anlagen nach Satz 1 Nummer 8 dürfen unter Berücksichtigung von Investmentanteilen nach Satz 1 Nummer 7 insgesamt 5 Prozent der Summe der Zuteilungsmasse gemäß § 1 Absatz 6 nicht übersteigen. Die Anlagen nach Satz 1 Nummer 8 bei demselben Unternehmen dürfen unter Berücksichtigung von Investmentanteilen nach Satz 1 Nummer 7 0,2 Prozent der Summe der Zuteilungsmasse gemäß § 1 Absatz 6 nicht übersteigen.“

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

„(3a) Soweit eine Bausparkasse im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung in zulässiger Art und Weise sowie in zulässigem Umfang zur Erfüllung von Ansprüchen aus betrieblicher Altersversorgung einem Dritten Vermögensgegenstände überlässt, die ausschließlich der Erfüllung von

Verbindlichkeiten aus Altersversorgungsverpflichtungen dienen und dem Zugriff aller übrigen Gläubiger entzogen sind, unterliegt der Dritte bei der Anlage dieser Vermögensgegenstände nicht den Beschränkungen des Absatzes 3. Die Vermögensgegenstände sind unter Berücksichtigung der Art und Dauer der Altersversorgungsverpflichtungen so anzulegen, dass möglichst große Sicherheit und Rentabilität unter Wahrung angemessener Mischung und Streuung sowie der Liquidität zur Erfüllung der Verbindlichkeiten erreicht wird.“

6. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Nummer 1 werden die Wörter „(§ 8 Abs. 1 Nr. 1) und unter Hervorhebung der längsten, mittleren und kürzesten Wartezeit“ durch die Wörter „(§ 5 Absatz 4 Nummer 1) und der zugehörigen Wartezeiten“ ersetzt.
- bb) In Nummer 2a werden die Wörter „Zuteilungsmittel, die nach § 6 Abs. 1 Satz 2 vorübergehend nicht zugeteilt werden können, und der“ gestrichen und werden die Wörter „dieser Mittel“ durch die Wörter „der Kollektivmittel nach § 1 Absatz 7“ ersetzt.
- cc) In Nummer 7 wird das Wort „Bundesanstalt“ durch das Wort „Aufsichtsbehörde“ ersetzt.

b) Die folgenden Absätze 4 und 5 werden angefügt:

„(4) Die Allgemeinen Geschäftsgrundsätze und die Allgemeinen Bedingungen für Bausparverträge

- 1. müssen die Erfüllbarkeit der von der Bausparkasse übernommenen Verpflichtungen dauerhaft gewährleistet erscheinen lassen, insbesondere bezogen auf ihre gesamte Laufzeit ein angemessenes Verhältnis zwischen den Leistungen der Bausparer und denen der Bausparkasse (individuelles Sparer-Kassen-Leistungsverhältnis) aufweisen und
- 2. dürfen keine Bestimmungen vorsehen, die die Zuteilung unangemessen hinausschieben, zu unangemessen langen Vertragslaufzeiten führen oder sonstige Belange der Bausparer nicht ausreichend wahren.

(5) Legt eine Bausparkasse für die gleiche Zuteilungsmasse Allgemeine Geschäftsgrundsätze und Allgemeine Bedingungen für Bausparverträge unterschiedlichen Inhalts zugrunde, sind diese so zu gestalten, dass zwischen ihnen eine weitgehende Ausgewogenheit gewährleistet ist. Bei Tarifen, die eine Bausparkasse nicht mehr anbietet, kann hiervon in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden.“

7. § 6 wird wie folgt gefasst:

„§ 6

Zweckbindung

(1) Die Zuteilungsmasse im Sinne des § 1 Absatz 6 darf nur für das Bauspargeschäft und zur Rückzahlung fremder Gelder, die der Zuteilungsmasse zugeführt worden sind, verwendet werden. Mittel aus der Zuteilungsmasse, die vorübergehend

nicht für die Zuteilung verwendet werden können, darf die Bausparkasse zwischenzeitlich

1. nach § 4 Absatz 3 anlegen sowie
2. mit Genehmigung der Bundesanstalt zur Gewährung von Darlehen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und 2 verwenden, wenn die Bausparkasse auf Grund einer nachhaltig gesicherten Liquidität ihrer Zuteilungsmasse ohne die Zuführung von Eigenmitteln und Fremdmitteln und ohne die Mittel des Fonds zur bauspartechnischen Absicherung jederzeit in der Lage ist, Ansprüche auf Auszahlung der Bauspardarlehen und Bauspareinlagen zu befriedigen.

Die Zuteilungsmasse ist mit dem Ziel gleichmäßiger, möglichst kurzer Wartezeiten einzusetzen. Die Bundesanstalt kann eine Genehmigung nach Satz 2 Nummer 2 jederzeit widerrufen, insbesondere wenn die Voraussetzungen des Satzes 2 Nummer 2 nicht mehr vorliegen.

(2) Bausparkassen haben zur Wahrung der Belange der Bausparer einen Sonderposten „Fonds zur bauspartechnischen Absicherung“ zu bilden, der Folgendes absichert:

1. die Gewährleistung gleichmäßiger, möglichst kurzer Wartezeiten und
2. die für den nachhaltigen Betrieb des Bauspargeschäfts erforderliche kollektiv bedingte Zinsspanne.

Hierzu müssen Überschüsse aus einer Anlage der Kollektivmittel dem Sonderposten zugeführt werden, und zwar in Höhe des Unterschiedsbetrages zwischen dem erzielten Ertrag aus der Anlage der Kollektivmittel und dem Zinsertrag, der sich bei Anlage der gesamten Kollektivmittel in Bauspardarlehen ergeben hätte (Mehrerträge). Der Sonderposten ist von der Bausparkasse gemäß Satz 1 zu verwenden. Darüber hinaus kann er mit Genehmigung der Bundesanstalt unter hinreichender Wahrung der Belange der Bausparer verwendet werden, wenn dies geeignet und erforderlich erscheint, um ein bausparspezifisches Risiko für den nachhaltigen Betrieb des Bauspargeschäfts zu beseitigen. Ein bausparspezifisches Risiko für den nachhaltigen Betrieb des Bauspargeschäfts kann insbesondere vorliegen, wenn

1. die Wartezeiten unangemessen lang sind,
2. die Zuteilung nicht gewährleistet erscheint oder
3. die Erfüllung der von der Bausparkasse in den Bausparverträgen übernommenen Verpflichtungen nicht gewährleistet erscheint.

Die Bausparkasse darf am Ende eines Geschäftsjahres diesen Sonderposten auflösen, soweit er zu diesem Zeitpunkt 3 Prozent der Bauspareinlagen übersteigt.

(3) Forderungen aus Bauspardarlehen und die zu ihrer Sicherheit dienenden Grundpfandrechte und sonstigen Sicherheiten dürfen nur für das Bauspargeschäft und für das Geschäft mit Vorfinanzierungs- und Zwischenfinanzierungskrediten veräußert, beilehen oder verpfändet werden. Das Gleiche gilt für Forderungen aus Vorfinanzierungs- und Zwischenfinanzierungskrediten sowie sonstigen Baudarlehen

für wohnungswirtschaftliche Maßnahmen und die zu ihrer Sicherheit dienenden Grundpfandrechte und sonstigen Sicherheiten. § 4 Absatz 1 Nummer 5 Buchstabe c bleibt hiervon unberührt.“

8. § 6a wird wie folgt gefasst:

„§ 6a

Vorgaben für Zuteilungsmassen

(1) Grundsätzlich darf eine Bausparkasse nur eine einheitliche Zuteilungsmasse für alle Bausparverträge bilden. Ausnahmen sind nur übergangsweise für eine beschränkte Zeit und nur mit Zustimmung der Bundesanstalt möglich.

(2) Für Bausparverträge, die in fremden Währungen oder in Rechnungseinheiten zu erfüllen sind, hat eine Bausparkasse jeweils getrennte Zuteilungsmassen zu bilden, um Währungsrisiken zu vermeiden. Die Bundesanstalt kann im Einzelfall von der Pflicht zur Bildung getrennter Zuteilungsmassen befreien, wenn dadurch die Belange der Bausparer nicht erheblich beeinträchtigt werden.“

9. § 7 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird das Wort „Sicherheit“ durch die Wörter „Sicherheiten (Zusatzsicherheiten)“ ersetzt.

- bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Bei der Finanzierung von selbstgenutztem Wohneigentum kann die Bausparkasse Beleihungen bis zum Beleihungswert vornehmen.“

- b) In Absatz 2 werden die Wörter „Europäischen Gemeinschaften“ durch die Wörter „Europäischen Union“ ersetzt.

- c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 werden die Wörter „der Darlehensnehmer“ durch die Wörter „wegen der geringen Höhe des Darlehensbetrages eine Erklärung des Darlehensnehmers als ausreichend erscheint, in der er“ ersetzt.

bb) In Nummer 2 werden die Wörter „bei einem Bauspardarlehen oder einem Darlehen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1“ gestrichen.

- cc) Folgender Satz wird angefügt:

„Wenn gesicherte Darlehen nach den Absätzen 1 bis 3 und Darlehen nach Nummer 1 oder 2 derselben Finanzierungsmaßnahme dienen sollen, so sind auch die Darlehen nach Nummer 1 oder Nummer 2 gemäß den Absätzen 1 bis 3 zu sichern.“

- d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 werden die Wörter „Europäischen Gemeinschaften“ durch die Wörter „Europäische Union“ ersetzt.

- bb) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. andere regionale und lokale Gebietskörperschaften im Sinne des Artikels 115 der Verordnung (EU) Nr. 575/2013 eines Mitgliedstaats der Europäischen Union und eines anderen Vertragsstaats des

Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum,“.

10. § 8 wird wie folgt gefasst:

„§ 8

Risikomanagement,
bauspartechnische Simulationsmodelle

(1) Die Bausparkasse muss über ein dem § 25a Absatz 1 des Kreditwesengesetzes entsprechendes, auf ihre Belange ausgerichtetes eigenständiges Risikomanagementsystem verfügen. Dies umfasst insbesondere auch Verfahren und Methoden zur Beurteilung, ob die Voraussetzungen des § 5 Absatz 4 laufend vorliegen.

(2) Wesentliche Tätigkeiten zur Steuerung und Kontrolle der spezifischen Risiken des Bauspargeschäfts darf die Bausparkasse nicht auf Dritte übertragen oder auslagern. Dazu gehören insbesondere das Risikomanagement des kollektiven Bauspargeschäfts, die Kollektivsteuerung und die hierauf bezogenen Tätigkeiten der internen Revision.

(3) Die Bausparkasse hat mit der Sorgfalt eines ordentlichen Kaufmanns die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um Währungsrisiken aus ihrem Geschäftsbetrieb zu vermeiden.

(4) Bausparkassen haben im Rahmen ihres Risikomanagements unter Zugrundelegung angemessener bauspartechnischer Annahmen laufend geeignete Verfahren und Methoden zu verwenden, anhand derer die Entwicklung des Bauspargeschäfts, insbesondere der Bauspareinlagen und der Bauspardarlehen, hinreichend genau prognostiziert werden kann (bauspartechnische Simulationsmodelle).

(5) Die Eignung eines bauspartechnischen Simulationsmodells ist vor der erstmaligen Verwendung und bei wesentlichen Änderungen von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer oder einer unabhängigen Wirtschaftsprüfungsgesellschaft zu prüfen. Der Prüfer hat insbesondere zu beurteilen, ob mit dem bauspartechnischen Simulationsmodell die Entwicklung des Bauspargeschäfts hinreichend genau prognostiziert werden kann. Der Prüfer hat über Art und Umfang sowie über das Ergebnis der Prüfung schriftlich oder elektronisch und mit der gebotenen Klarheit zu berichten (Prüfungsbericht). Der Prüfer hat das Ergebnis der Prüfung in einem Bestätigungsvermerk zum Prüfungsbericht zusammenzufassen. § 28 Absatz 1 und 2 des Kreditwesengesetzes gilt entsprechend.“

11. § 9 Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Genehmigung kann insbesondere versagt werden, wenn die Voraussetzungen des § 5 oder der nach § 10 in Konkretisierung des § 5 zu erlassenden Rechtsverordnung nicht vorliegen.“

12. § 10 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. die näheren Voraussetzungen für die zwischenzeitliche Verwendung der Mittel der Zuteilungsmasse nach § 6 Absatz 1;“.

b) In Nummer 3 werden die Wörter „vom Hundert“ durch das Wort „Prozent“ ersetzt.

c) In Nummer 4 wird das Wort „Vomhundertsätze“ durch das Wort „Prozentsätze“ ersetzt.

d) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 4a eingefügt:

„4a. Anlagen gemäß § 4 Absatz 3 Satz 1, insbesondere durch quantitative und qualitative Vorgaben, die auch Beschränkungen enthalten können, die über die Anforderungen in § 4 Absatz 3 Satz 2 und 3 hinausgehen, wenn dies zur Gewährleistung einer möglichst großen Sicherheit und Rentabilität bei jederzeitiger Liquidität unter Wahrung angemessener Mischung und Streuung erforderlich erscheint;“.

e) Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5. taugliche Zusatzsicherheiten;“.

f) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

„6. taugliche Ersatzsicherheiten sowie den zulässigen Anteil von Darlehen, für die Ersatzsicherheiten gestellt werden, am Gesamtbestand der Forderungen aus Darlehen einer Bausparkasse;“.

g) Nach Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:

„6a. den Betrag, bis zu dem eine Bausparkasse im Einzelfall Darlehen ohne Sicherheit nach § 7 Absatz 4 Nummer 2 und Darlehen gegen Abgabe einer Verpflichtungserklärung nach § 7 Absatz 4 Nummer 1 gewähren darf, sowie den zulässigen Anteil solcher Darlehen am Gesamtbestand der Forderungen aus Darlehen einer Bausparkasse; der Anteil darf höchstens auf 30 Prozent festgesetzt werden;“.

h) Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

„7. folgende Voraussetzungen und Anforderungen einschließlich der erforderlichen Begriffsbestimmungen:

a) die näheren Voraussetzungen des § 5 Absatz 1 bis 3, insbesondere Festlegung von Mindestanforderungen an Bestimmungen in den Allgemeinen Geschäftsgrundsätzen und den Allgemeinen Bedingungen für Bausparverträge,

b) die näheren Voraussetzungen des § 5 Absatz 4 und 5, etwa Bestimmungen zur tariflichen Zinsspanne,

c) die Mindestvoraussetzungen für die Zuteilung zur Gewährleistung eines angemessenen individuellen Sparer-Kassen-Leistungsverhältnisses, insbesondere die Mindestansparung und die Bemessung einer Mindestbewertungszahl,

d) die Voraussetzungen, unter denen die Bausparkasse ihre Zuteilungsvoraussetzungen anzupassen hat, sowie

e) die Anforderungen an das individuelle Sparer-Kassen-Leistungsverhältnis, insbesondere die Festlegung von dessen Ober- und Untergrenzen;“.

i) In Nummer 8 wird die Angabe „§ 6 Abs. 1“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 1 und 2“ ersetzt.

j) Nummer 9 wird wie folgt gefasst:

„9. die näheren Voraussetzungen, unter denen der Sonderposten „Fonds zur baupartechnischen Absicherung“ gemäß § 6 Absatz 2 Satz 3 bis 5 verwendet werden kann, und wann dieser spätestens zu verwenden ist sowie die näheren Voraussetzungen, unter denen dieser Sonderposten nach § 6 Absatz 2 Satz 6 aufgelöst werden kann, und wann dieser spätestens aufzulösen ist;“.

k) Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

„10. Verfahren und Methoden der Bausparkassen sowie die erforderlichen technischen Grundsätze der Bausparkassen, die zur Prüfung herangezogen werden können, ob

a) im Sinne des § 5 Absatz 4 die Allgemeinen Geschäftsgrundsätze und die Allgemeinen Bedingungen für Bausparverträge die Erfüllung der von der Bausparkasse übernommenen Verpflichtungen dauerhaft gewährleistet erscheinen lassen und keine Bestimmungen vorsehen, die die Zuteilung unangemessen hinausschieben, zu unangemessen langen Vertragslaufzeiten führen oder sonstige Belange der Bausparer nicht ausreichend wahren würden,

b) im Sinne des § 5 Absatz 5 Satz 1 zwischen Bauspartarifen eine weitgehende Ausgewogenheit gewährleistet ist,

c) im Sinne des § 6 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Bausparkasse auf Grund einer nachhaltig gesicherten Liquidität ihrer Zuteilungsmasse ohne die Zuführung von Eigenmitteln und Fremdmitteln und ohne die Mittel des Fonds zur baupartechnischen Absicherung jederzeit in der Lage ist, Ansprüche auf Auszahlung der Bauspardarlehen und Bauspareinlagen zu befriedigen,

d) im Sinne des § 6 Absatz 2 Satz 4 die Belange der Bausparer hinreichend gewahrt werden,

e) im Sinne des § 6 Absatz 2 Satz 4 ein bauparspezifisches Risiko für den nachhaltigen Betrieb des Bauspargeschäfts vorliegt,

f) im Sinne des § 6 Absatz 2 Satz 5 Nummer 1 die Wartezeiten unangemessen lang sind,

g) im Sinne des § 6 Absatz 2 Satz 5 Nummer 2 die Zuteilung nicht gewährleistet erscheint,

h) im Sinne des § 6 Absatz 2 Satz 5 Nummer 3 die Erfüllung der von der Bausparkasse in den Bausparverträgen übernommenen Verpflichtungen nicht gewährleistet erscheint,

i) im Sinne des § 9 Absatz 1 Satz 2 und § 14 Absatz 3 die Änderungen und Er-

gänzungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Bausparer erforderlich erscheinen,

j) im Sinne des § 14 Absatz 1 Satz 4 durch die Übertragung die Belange der Bausparer der übertragenden oder der übernehmenden Bausparkasse gefährdet werden und

k) im Sinne des § 16 Absatz 3 Satz 2 der Plan für eine geordnete Abwicklung unter Berücksichtigung der Belange der Bausparer keine Gewähr zu bieten scheint;“.

l) Die folgenden Nummern 11 bis 14 werden angefügt:

„11. nähere Bestimmungen über Art, Umfang, Zeitpunkt und Form der Unterlagen und Informationen, die die Bausparkasse nach § 3 Absatz 4 dem Antrag beizufügen hat;

12. nähere Bestimmungen über Art, Umfang, Zeitpunkt und Form der kollektiven Lageberichte, die die Bausparkasse gemäß § 3 Absatz 5 zu erstellen hat, insbesondere die Festlegung von Szenarien, Größen, Parametern, Stichtagen und Berechnungsmethoden für den kollektiven Lagebericht einschließlich der Fortschreibungen und Prognosen, sowie die Bestimmung von Form und Frist, in der der kollektive Lagebericht vorzulegen ist;

13. nähere Bestimmungen über die Anforderungen an ein baupartechnisches Simulationsmodell nach § 8 Absatz 4 und dessen Anwendungsbereich sowie über Art, Umfang und Form der Ergebnisse eines bauparspezifischen Simulationsmodells und unbeschadet des § 3 Absatz 6 über den Zeitpunkt, zu dem diese Ergebnisse der Bundesanstalt vorzulegen sind;

14. nähere Bestimmungen über

a) den Gegenstand der nach § 8 Absatz 5 vorzunehmenden Prüfung sowie den Zeitpunkt ihrer Durchführung und

b) den Inhalt der nach § 8 Absatz 5 zu erstellenden Prüfungsberichte und der Bestätigungsvermerke sowie über den Zeitpunkt, zu dem diese jeweils der Bundesanstalt einzureichen sind.“

13. § 14 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Aktiven und Passiven“ durch die Wörter „Aktiva und Passiva“ ersetzt.

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Zur Zusammenführung der Kollektive genehmigt die Bundesanstalt innerhalb von zwölf Monaten nach einer Übertragung nach Absatz 1 oder einer Verschmelzung der Bausparkasse auf Antrag Änderungen oder Ergänzungen der Allgemeinen Geschäftsgrundsätze und der Allgemeinen Bedingungen für Bausparverträge, sofern die Änderungen und Ergänzungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Bausparer erforderlich erscheinen, es sei denn, die Ände-

rungen oder Ergänzungen erscheinen für die Zusammenführung der Bestände an Bausparverträgen nicht geeignet oder nicht erforderlich.“

14. § 15 wird wie folgt geändert:

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

„(2) Die Regelungen des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes, des Kreditinstitute-Reorganisationsgesetzes, des Einlagensicherungsgesetzes sowie § 48t des Kreditwesengesetzes bleiben unberührt.“

15. Nach § 15 wird folgender § 16 eingefügt:

„§ 16

Einstellung des Geschäftsbetriebs

(1) Beschließt eine Bausparkasse, ihren Geschäftsbetrieb einzustellen, oder ordnet die Bundesanstalt die Abwicklung der Geschäfte einer Bausparkasse nach § 2 Absatz 6 an, so ist die Bausparkasse im Rahmen der geltenden gesetzlichen Vorschriften unter Berücksichtigung der Belange der Bausparer abzuwickeln. Soweit dies zur Abwendung von Nachteilen für die Belange der Bausparer erforderlich erscheint, hat sich die Bausparkasse um eine Übertragung ihres Bauspargeschäfts auf eine andere Bausparkasse nach § 14 Absatz 1 zu bemühen. § 2 Absatz 5 ist entsprechend anzuwenden.

(2) Die Bausparkasse hat der Bundesanstalt einen Plan für die Abwicklung nach Absatz 1 vorzulegen, es sei denn, über ihr Vermögen wurde ein Insolvenzverfahren eröffnet. In dem Plan hat die Bausparkasse der Bundesanstalt insbesondere darzulegen,

1. dass sie sich erfolglos um eine Übertragung ihres Bauspargeschäfts auf eine andere Bausparkasse nach § 14 Absatz 1 bemüht hat oder dass die Abwicklung keine Nachteile für die Bausparer bringt,
2. ihren derzeitigen Bestand an Bausparverträgen mit den zugehörigen Aktiva und Passiva,
3. wie die Bausparverträge mit den zugehörigen Aktiva und Passiva abgewickelt werden sollen, wobei sie die voraussichtlich noch erfolgenden Zuteilungen gesondert auszuweisen hat,
4. in welcher Art, in welchem Umfang und zu welchem Zeitpunkt die Befriedigung ihrer Gläubiger erfolgt,
5. ob und gegebenenfalls welche Verträge auf eine andere Bausparkasse übertragen werden und
6. wann die Abwicklung voraussichtlich beendet sein wird.

(3) Der Plan bedarf der Zustimmung der Bundesanstalt. Die Bundesanstalt kann die Zustimmung versagen, wenn der Plan für eine geordnete Abwicklung unter Berücksichtigung der Belange der Bausparer keine Gewähr zu bieten scheint. Dies kann insbesondere anzunehmen sein, wenn die Nachteile einer Abwicklung für die Bausparer durch eine Übertragung voraussichtlich vermieden werden können.

(4) Die Verpflichtungen der Bausparkasse nach den Absätzen 1 und 2 sind Bestandteil der Abwicklung. Kommt die Bausparkasse diesen nicht oder nur unzureichend nach oder liegen die Voraussetzungen nach Absatz 3 Satz 2 vor und versagt die Bundesanstalt ihre Zustimmung zu dem Plan, so kann die Bundesanstalt Maßnahmen zur Sicherung einer geordneten Abwicklung unter Berücksichtigung der Belange der Bausparer treffen. Sie kann insbesondere

1. nach Absatz 6 in Verbindung mit § 38 Absatz 2 des Kreditwesengesetzes Weisungen für die Abwicklung erlassen und die Bestellung von Abwicklern beantragen oder vornehmen sowie
2. einen Plan für die Bausparkasse erstellen.

(5) Stimmt die Bundesanstalt dem Plan zu oder erstellt sie einen Plan, so ist die Bausparkasse im Rahmen der geltenden gesetzlichen Vorschriften gemäß diesem Plan abzuwickeln. Für eine spätere Änderung des Planes gelten die Absätze 2 bis 6 entsprechend.

(6) Soweit in diesem Gesetz nichts Abweichendes geregelt ist, gilt § 38 Absatz 2 bis 3 des Kreditwesengesetzes. Liegen die Voraussetzungen nach Absatz 4 vor, wird vermutet, dass die sonst zur Abwicklung berufenen Personen keine Gewähr für die ordnungsgemäße Abwicklung im Sinne des § 38 Absatz 2 Satz 2 des Kreditwesengesetzes bieten. Die Regelungen des Sanierungs- und Abwicklungsgesetzes, des Kreditinstitute-Reorganisationsgesetzes sowie § 48t des Kreditwesengesetzes bleiben unberührt.“

16. Der bisherige § 16 wird § 17.

17. Der bisherige § 17 wird aufgehoben.

18. § 18 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird aufgehoben.
- b) Die bisherigen Absätze 3 bis 5 werden die Absätze 2 bis 4.

19. § 19 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „vom Hundert“ durch das Wort „Prozent“ ersetzt.
- b) Die folgenden Absätze 5a bis 7 werden angefügt:

„(5a) Die Regelungen des § 4 Absatz 3 Satz 1 Nummer 8 und des § 4 Absatz 3 Satz 2 und 3 finden erstmals Anwendung auf Anlagen, die ab dem 1. Januar 2017 getätigt werden.

(6) Die nach § 6 Absatz 1 Satz 2 in der bis zum 28. Dezember 2015 geltenden Fassung dem Sonderposten „Fonds zur bauspartech-nischen Absicherung“ zugeführten Erträge gelten mit Ablauf des 28. Dezember 2015 als nach § 6 Absatz 2 in der ab dem 29. Dezember 2015 geltenden Fassung gebildet, soweit dieser Sonderposten nicht bis zum 28. Dezember 2015 nach § 6 Absatz 1 Satz 3 in der bis zum 28. Dezember 2015 geltenden Fassung von der Bausparkasse aufgelöst werden konnte. Ab dem 29. Dezember 2015 kann der Sonderposten ausschließlich

nach § 6 Absatz 2 in der ab dem 29. Dezember 2015 geltenden Fassung dieses Gesetzes verwendet und aufgelöst werden.

Rechtsverordnung, die Bestimmungen nach § 10 Satz 1 Nummer 13 enthält, verwendet werden.“

(7) § 8 Absatz 5 findet erstmals Anwendung auf die nach § 8 Absatz 4 zu verwendenden baupar-technischen Simulationsmodelle, die 18 Monate nach Inkrafttreten der nach § 10 zu erlassenden

Artikel 2
Inkrafttreten
Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt. Es ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 21. Dezember 2015

Der Bundespräsident
Joachim Gauck

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Der Bundesminister der Finanzen
Schäuble

Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze*

Vom 21. Dezember 2015

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1 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 6 des Gesetzes vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

0. Dem § 5 Absatz 5a werden die folgenden Sätze angefügt:
„Personen nach Satz 1 sind nicht nach § 10 versichert. Personen nach Satz 1, die am 31. Dezember 2015 die Voraussetzungen des § 10 erfüllt haben, sind ab dem 1. Januar 2016 versicherungspflichtig nach Absatz 1 Nummer 2a, solange sie diese Voraussetzungen erfüllen.“
1. § 15 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 15
Ärztliche Behandlung,
elektronische Gesundheitskarte“.
 - b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Versicherte, die ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen, haben dem Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten vor Beginn der Behandlung ihre elektronische Gesundheitskarte zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen auszuhändigen.“
 - c) In Absatz 5 wird das Wort „Krankenversicherungskarte“ durch die Wörter „elektronische Gesundheitskarte“ ersetzt und werden die Wörter „Kranken- oder“ gestrichen.
 - d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „Krankenversicherungskarte“ durch die Wörter „elektronische Gesundheitskarte“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „zu vertretenden Umständen“ durch die Wörter „verschuldeten Gründen“ und die Wörter „wird eine Gebühr von 5 Euro erhoben“ durch die Wörter „kann eine Gebühr von 5 Euro erhoben werden“ ersetzt.

cc) Nach Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Satz 3 gilt entsprechend, wenn die Karte aus vom Versicherten verschuldeten Gründen nicht ausgestellt werden kann und von der Krankenkasse eine zur Überbrückung von Übergangszeiten befristete Ersatzbescheinigung zum Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen ausgestellt wird. Die wiederholte Ausstellung einer Bescheinigung nach Satz 4 kommt nur in Betracht, wenn der Versicherte bei der Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte mitwirkt; hierauf ist der Versicherte bei der erstmaligen Ausstellung einer Ersatzbescheinigung hinzuweisen.“

dd) In dem neuen Satz 6 wird das Wort „Krankenversicherungskarte“ durch die Wörter „elektronischen Gesundheitskarte“ ersetzt.

1a. § 20i Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Satz 1 gilt für Schutzimpfungen, die wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos durch einen Auslandsaufenthalt indiziert sind, nur dann, wenn der Auslandsaufenthalt beruflich bedingt oder im Rahmen der Ausbildung vorgeschrieben ist oder wenn zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen.“

2. Nach § 31 wird folgender § 31a eingefügt:

„§ 31a

Medikationsplan

(1) Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden, haben ab dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf Erstellung und Aushängung eines Medikationsplans in Papierform durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt. Das Nähere zu den Voraussetzungen des Anspruchs nach Satz 1 vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und

* Notifiziert gemäß der Richtlinie 98/34/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Juni 1998 über ein Informationsverfahren auf dem Gebiet der Normen und technischen Vorschriften und der Vorschriften für die Dienste der Informationsgesellschaft (ABl. L 204 vom 21.07.1998, S. 37), zuletzt geändert durch Artikel 26 Absatz 2 der Verordnung (EU) Nr. 1025/2012 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. Oktober 2012 (ABl. L 316 vom 14.11.2012, S. 12).

der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 30. Juni 2016 mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 als Bestandteil der Bundesmantelverträge. Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, bei der Verordnung eines Arzneimittels den Versicherten, der einen Anspruch nach Satz 1 hat, über diesen Anspruch zu informieren.

(2) In dem Medikationsplan sind mit Anwendungshinweisen zu dokumentieren

1. alle Arzneimittel, die dem Versicherten verordnet worden sind,
2. Arzneimittel, die der Versicherte ohne Verschreibung anwendet, sowie
3. Hinweise auf Medizinprodukte, soweit sie für die Medikation nach den Nummern 1 und 2 relevant sind.

Den besonderen Belangen der blinden und sehbehinderten Patienten ist bei der Erläuterung der Inhalte des Medikationsplans Rechnung zu tragen.

(3) Der Arzt nach Absatz 1 Satz 1 hat den Medikationsplan zu aktualisieren, sobald er die Medikation ändert oder er Kenntnis davon erlangt, dass eine anderweitige Änderung der Medikation eingetreten ist. Auf Wunsch des Versicherten hat die Apotheke bei Abgabe eines Arzneimittels eine insoweit erforderliche Aktualisierung des Medikationsplans vorzunehmen. Ab dem 1. Januar 2019 besteht der Anspruch auf Aktualisierung über den Anspruch nach Satz 1 hinaus gegenüber jedem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt sowie nach Satz 2 gegenüber der abgebenden Apotheke, wenn der Versicherte gegenüber dem Arzt oder der abgebenden Apotheke den Zugriff auf die Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 erlaubt. Die Aktualisierungen nach Satz 3 sind mittels der elektronischen Gesundheitskarte zu speichern, sofern der Versicherte dies wünscht.

(4) Inhalt, Struktur und Vorgaben zur Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans sowie ein Verfahren zu seiner Fortschreibung vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene bis zum 30. April 2016 im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Den auf Bundesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Kommt die Vereinbarung nicht innerhalb der Frist nach Satz 1 zustande, ist auf Antrag einer der Vereinbarungspartner nach Satz 1 oder des Bundesministeriums für Gesundheit ein Schlichtungsverfahren bei der Schlichtungsstelle nach § 291c Absatz 1 einzuleiten. Innerhalb von vier Wochen nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens hat die Schlichtungsstelle einen Entscheidungsvorschlag vorzulegen. Vor ihrem Entscheidungsvorschlag hat die Schlichtungsstelle den in den Sätzen 1 und 2 genannten

Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Kommt innerhalb von zwei Wochen nach Vorlage des Entscheidungsvorschlags keine Entscheidung der Vereinbarungspartner zustande, entscheidet die Schlichtungsstelle anstelle der Vereinbarungspartner innerhalb von zwei Wochen. Auf die Entscheidungen der Schlichtungsstelle findet § 291c Absatz 7 Satz 4 bis 6 Anwendung. Die Entscheidung der Schlichtungsstelle ist für die Vereinbarungspartner nach Satz 1 und für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich; sie kann nur durch eine alternative Entscheidung der Vereinbarungspartner nach Satz 1 in gleicher Sache ersetzt werden.

(5) Für die elektronische Verarbeitung und Nutzung der Daten des Medikationsplans ist die Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 1 erstmals bis zum 30. April 2017 so fortzuschreiben, dass Daten nach Absatz 2 Satz 1 in den von Vertragsärzten zur Verordnung genutzten elektronischen Programmen und in den elektronischen Programmen der Apotheken einheitlich abgebildet und zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit genutzt werden können. Bei der Fortschreibung nach Satz 1 ist der Gesellschaft für Telematik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Kommt die erstmalige Fortschreibung nach Satz 1 nicht innerhalb der dort genannten Frist zustande, gilt Absatz 4 Satz 3 bis 8 entsprechend.

(6) Von den Regelungen dieser Vorschrift bleiben regionale Modellvorhaben nach § 63 unberührt.“

3. § 63 Absatz 3a Satz 5 wird aufgehoben.
- 3a. In § 67 Absatz 1 werden nach dem Wort „Leistungserbringern“ die Wörter „und mit den Krankenkassen“ eingefügt und werden die Wörter „und Behandlungsberichten“ durch ein Komma und die Wörter „Behandlungsberichten und Unterlagen in Genehmigungsverfahren“ ersetzt.
4. § 73 Absatz 8 Satz 7 wird wie folgt gefasst:
„Vertragsärzte dürfen für die Verordnung von Arzneimitteln nur solche elektronischen Programme nutzen, die mindestens folgende Inhalte zum jeweils aktuellen Stand enthalten:
 1. die Informationen nach den Sätzen 2 und 3,
 2. die Informationen über das Vorliegen von Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8,
 3. die Informationen nach § 131 Absatz 4 Satz 2 sowie
 4. die zur Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans nach § 31a notwendigen Funktionen und Informationen
und die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind.“
5. § 87 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 Satz 6 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
 „Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen prüfen, inwieweit bislang papiergebundene Ver-

fahren zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung durch elektronische Kommunikationsverfahren ersetzt werden können. Das Ergebnis der Prüfung ist dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens am 31. Dezember 2016 vorzulegen.“

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

„Das Bundesministerium für Gesundheit kann für den Fall, dass Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu telemedizinischen Leistungen nicht oder teilweise nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande kommen, den erweiterten Bewertungsausschuss nach Absatz 4 mit Wirkung für die Vertragspartner anrufen; Absatz 6 gilt. Der Bewertungsausschuss legt dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren beginnend zum 31. Oktober 2016 einen Bericht über den Stand der Beratungen nach Satz 7 vor, in dem der Stand der Arbeiten der vom Bewertungsausschuss erfassten und bearbeiteten Leistungen dargestellt wird. Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht an den Deutschen Bundestag weiter. Der Bewertungsausschuss prüft bis zum 30. Juni 2016, inwieweit durch den Einsatz sicherer elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien konsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und bis zum 30. September 2016, inwieweit durch den Einsatz sicherer elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien Videosprechstunden telemedizinisch erbracht werden können. Auf der Grundlage dieser Prüfung beschließt er bis zum 31. Dezember 2016 mit Wirkung zum 1. April 2017 für konsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und bis zum 31. März 2017 mit Wirkung zum 1. Juli 2017 für Videosprechstunden entsprechende Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen. Die Anpassung erfolgt auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 291g. Sofern der Bewertungsausschuss für konsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen bis zum 31. Dezember 2016 und für Videosprechstunden bis zum 31. März 2017 auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 291g die erforderlichen Beschlüsse nicht getroffen hat, gilt § 291 Absatz 2b Satz 7 bis 9 entsprechend für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Bis zum 30. Juni 2016 ist mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen nach § 31a vergütet werden. Bis zum 30. September 2017 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2018 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen zur Erstellung und Aktualisierung von Datensätzen nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vergütet werden.“

6. Dem § 87a Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
„Besonders förderungswürdige Leistungen nach Satz 3 können auch vertragsärztliche Leistungen sein, die telemedizinisch erbracht werden.“

6a. In § 89 Absatz 1a Satz 1 werden nach dem Wort „Frist“ die Wörter „oder nach Ablauf einer für das Zustandekommen des Vertrags gesetzlich vorgesehenen Frist“ eingefügt.

6b. In § 129 Absatz 8 Satz 4 wird die Angabe „und 5“ durch die Angabe „bis 6“ ersetzt.

6c. § 130b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 7 wird die Angabe „Satz 10“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.

b) In Absatz 5 Satz 5 wird die Angabe „und 5“ durch die Angabe „bis 6“ ersetzt.

c) Absatz 9 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Kommt eine Rahmenvereinbarung nicht zustande, setzen die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle die Rahmenvereinbarung im Benehmen mit den Verbänden auf Antrag einer Vertragspartei nach Satz 1 fest. Kommt eine Rahmenvereinbarung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, gilt Satz 5 entsprechend. Eine Klage gegen Entscheidungen der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt.“

bb) In dem neuen Satz 9 wird die Angabe „Satz 10“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.

6d. § 132a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 Nummer 6 werden nach dem Wort „Strukturen“ die Wörter „einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte“ eingefügt.

bb) In Satz 5 werden die Wörter „1. Juli 2013 abzugeben“ durch die Wörter „1. Juni 2016 abzugeben oder anzupassen“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Im Falle der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt.“

bb) In Satz 7 werden nach dem Wort „Aufsichtsbehörde“ die Wörter „innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen“ eingefügt.

6e. Dem § 140f Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss sind nur im Einvernehmen mit den benannten Personen zu treffen.“

Dabei haben diese ihr Votum einheitlich abzugeben.“

7. § 264 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Sie erhalten eine elektronische Gesundheitskarte nach § 291.“
 - b) In Absatz 5 Satz 2 wird das Wort „Krankenversichertenkarte“ durch die Wörter „elektronische Gesundheitskarte“ ersetzt.
8. § 267 Absatz 5 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird das Wort „Krankenversichertenkarte“ durch die Wörter „elektronischen Gesundheitskarte“ ersetzt.
 - b) In Satz 2 wird das Wort „Krankenversichertenkarte“ durch die Wörter „elektronische Gesundheitskarte“ ersetzt.
9. In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird nach dem Wort „Berechtigungsscheines“ das Komma und werden die Wörter „der Krankenversichertenkarte“ gestrichen.
10. § 291 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 291
Elektronische
Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis“.
 - b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkasse stellt für jeden Versicherten eine elektronische Gesundheitskarte aus.“
 - bb) Die Sätze 2 und 3 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Sie dient dem Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (Versicherungsnachweis) sowie der Abrechnung mit den Leistungserbringern. Neben der Verwendung nach Satz 2 hat die elektronische Gesundheitskarte die Durchführung der Anwendungen nach § 291a Absatz 2 und 3 zu gewährleisten. Die elektronische Gesundheitskarte ist von dem Versicherten zu unterschreiben.“
 - c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Die elektronische Gesundheitskarte enthält vorbehaltlich des § 291a folgende Angaben:

 1. die Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat,
 2. den Familiennamen und Vornamen des Versicherten,
 3. das Geburtsdatum des Versicherten,
 4. das Geschlecht des Versicherten,
 5. die Anschrift des Versicherten,
 6. die Krankenversicherungsnummer des Versicherten,

7. den Versichertenstatus, für die Personengruppen nach § 264 Absatz 2 den Status der auftragsweisen Betreuung,

8. den Zuzahlungsstatus des Versicherten,

9. den Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,

10. bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs.

Über die Angaben nach Satz 1 hinaus kann die elektronische Gesundheitskarte auch Angaben zum Nachweis von Wahlтарifen nach § 53, von zusätzlichen Vertragsverhältnissen und in den Fällen des § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 3a Angaben zum Ruhen des Anspruchs auf Leistungen enthalten. Die Angaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in einer Form zu speichern, die geeignet ist für eine maschinelle Übertragung auf die für die vertragsärztliche Versorgung vorgesehenen Abrechnungunterlagen und Vordrucke nach § 295 Absatz 3 Nummer 1 und 2. Die elektronische Gesundheitskarte ist mit einem Lichtbild des Versicherten zu versehen. Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres sowie Versicherte, deren Mitwirkung bei der Erstellung des Lichtbildes nicht möglich ist, erhalten eine elektronische Gesundheitskarte ohne Lichtbild.“

d) Absatz 2a Satz 1 bis 3 wird aufgehoben.

e) Absatz 2b wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 5 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die hierfür erforderlichen Maßnahmen hat die Gesellschaft für Telematik bis zum 30. Juni 2016 durchzuführen. Hält die Gesellschaft für Telematik die Frist nach Satz 6 nicht ein, dürfen die Ausgaben in den Haushalten des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ab 2017 die Ausgaben des Jahres 2014 abzüglich 1 Prozent so lange nicht überschreiten, bis die Maßnahmen nach Satz 1 durchgeführt worden sind. Die Ausgaben zur Finanzierung der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen und der Gesellschaft für Telematik, die Umlagen nach den §§ 65b und 303a Absatz 3 dieses Gesetzes in Verbindung mit § 6 der Datentransparenzverordnung, die Umlagen an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung nach § 20a sowie der Sicherstellungszuschlag für Hebammen nach § 134a Absatz 1b zählen nicht zu den Ausgaben nach Satz 7. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Frist nach Satz 6 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates verlängern.“

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Einrichtungen und

Zahnärzten, die die Prüfung nach Satz 3 ab dem 1. Juli 2018 nicht durchführen, ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um 1 Prozent so lange zu kürzen, bis sie die Prüfung nach Satz 3 durchführen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Frist nach Satz 14 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates verlängern.“

f) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Das Nähere zur bundesweiten Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis vereinbaren die Vertragspartner im Rahmen der Verträge nach § 87 Absatz 1.“

g) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Krankenversicherungskarte“ durch die Wörter „elektronische Gesundheitskarte“ ersetzt und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder zu sperren, sobald die Dienste nach Absatz 2b zur Verfügung stehen“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „Absatz 2 Nr. 1, 6, 7, 9 und 10“ durch die Wörter „Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, 6, 7, 9 und 10“ ersetzt.

cc) In Satz 4 werden nach dem Wort „ist“ die Wörter „der oder“ eingefügt.

11. § 291a wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 291a
Elektronische
Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur“.

b) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die elektronische Gesundheitskarte dient mit den in den Absätzen 2 und 3 genannten Anwendungen der Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Transparenz der Behandlung.“

c) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „hat die Angaben nach § 291 Abs. 2 zu enthalten und“ gestrichen.

d) Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. Daten des Medikationsplans nach § 31a einschließlich Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit.“

e) In Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe e werden die Wörter „in Notfällen“ durch ein Komma und die Wörter „beschränkt auf den lesenden Zugriff,“ ersetzt.

f) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach den Wörtern „der Zugriff“ die Wörter „vorbehaltlich Satz 4“ eingefügt.

bb) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Soweit es zur Notfallversorgung erforderlich ist, ist der Zugriff auf Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 ohne eine Autorisierung der Versicherten zulässig; an-

sonsten ist der Zugriff auf Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zulässig, soweit er zur Versorgung der Versicherten erforderlich ist und wenn nachprüfbar protokolliert wird, dass der Zugriff mit Einverständnis der Versicherten erfolgt. Bei Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 können die Versicherten auf das Erfordernis der Zugriffsaufzeichnung nach Satz 2 verzichten.“

cc) In dem neuen Satz 5 werden nach dem Wort „verfügen“ das Semikolon und die Wörter „im Falle des Absatzes 3 Satz 1 Nr. 5“ können die Versicherten auch mittels einer eigenen Signaturkarte, die über eine qualifizierte elektronische Signatur verfügt, zugreifen“ gestrichen.

dd) In dem neuen Satz 7 werden die Wörter „von den Sätzen 3 und 4“ durch die Wörter „von den Sätzen 5 und 6“ ersetzt.

ee) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Abweichend von Satz 5 können die Versicherten auf Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 auch zugreifen, wenn sie sich für den Zugriff durch ein geeignetes technisches Verfahren authentifizieren. Auf Wunsch des Versicherten haben Zugriffsberechtigte nach Absatz 4 bei Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung der mittels der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Daten nach Absatz 3 Satz 1 sowie der Daten nach § 291f diese dem Versicherten als Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 zur Verfügung zu stellen; die Zugriffsberechtigten haben die Versicherten über diese Möglichkeit zu informieren.“

g) In Absatz 5a Satz 1 werden im Satzteil nach der Aufzählung die Wörter „Absatz 5 Satz 1 und 4“ durch die Wörter „Absatz 5 Satz 1 und 6“ ersetzt.

g1) Nach Absatz 5b wird folgender Absatz 5c eingefügt:

„(5c) Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum 31. Dezember 2018 die erforderlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Daten über den Patienten in einer elektronischen Patientenakte nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bereitgestellt werden können. Die technischen und organisatorischen Verfahren hierfür müssen geeignet sein, Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 sowie Daten nach § 291f für eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation verfügbar zu machen. Sie sollen geeignet sein, weitere medizinische Daten des Versicherten verfügbar zu machen.“

g2) Der bisherige Absatz 5c wird Absatz 5d.

g3) Nach Absatz 5d Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die nach Satz 1 Nummer 2 oder nach Satz 2 jeweils zuständige Stelle hat der nach Satz 1 Nummer 1 zuständigen Stelle die für die Ausgabe elektronischer Heilberufs- und Berufs-

ausweise erforderlichen Daten auf Anforderung zu übermitteln.“

h) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene schaffen die insbesondere für die Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte und ihrer Anwendungen erforderliche interoperable und kompatible Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur (Telematikinfrastruktur).“

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Über Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte hinaus kann die Telematikinfrastruktur für weitere elektronische Anwendungen des Gesundheitswesens sowie für die Gesundheitsforschung verwendet werden, wenn

1. die Wirksamkeit der Maßnahmen zur Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit sowie die Verfügbarkeit und Nutzbarkeit der Telematikinfrastruktur nicht beeinträchtigt werden,
2. im Falle des Erhebens, Verarbeitens und Nutzens personenbezogener Daten die dafür geltenden Vorschriften zum Datenschutz eingehalten und die erforderlichen technischen Maßnahmen getroffen werden, um die Anforderungen an die Sicherheit der Anwendung im Hinblick auf die Schutzbedürftigkeit der Daten zu gewährleisten, und
3. bei den dafür erforderlichen technischen Systemen und Verfahren Barrierefreiheit für den Versicherten gewährleistet ist.“

cc) In dem neuen Satz 6 werden die Wörter „für den Zeitraum vom 1. Juli 2008 bis zum 31. Dezember 2008“ sowie die Wörter „einen Betrag in Höhe von 0,50 Euro je Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung und ab dem Jahr 2009“ gestrichen.

dd) In dem neuen Satz 8 werden die Wörter „Sätze 4 und 5“ durch die Wörter „Sätze 5 und 6“ ersetzt.

i) Absatz 7a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 und 2“ durch die Wörter „Absatz 7 Satz 5 Nummer 1 und 2“ ersetzt.

bb) In Satz 6 werden die Wörter „Absatz 7 Satz 4“ durch die Wörter „Absatz 7 Satz 5“ ersetzt.

j) Absatz 7b wird wie folgt geändert:

aa) In den Sätzen 1 und 2 werden jeweils die Wörter „Absatz 7 Satz 4“ durch die Wörter „Absatz 7 Satz 5“ ersetzt.

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Bis zum 30. September 2017 vereinbaren die Vertragspartner nach Satz 2 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2018 nutzungsbezogene Zuschläge für die Nutzung von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und für die Nutzung von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3.“

cc) Im neuen Satz 4 werden die Wörter „Absatz 7 Satz 4“ durch die Wörter „Absatz 7 Satz 5“ ersetzt und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die nutzungsbezogenen Zuschläge für die Nutzung von Daten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 sind bis zum 30. September 2017 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2018 zu vereinbaren“ eingefügt.

dd) Der neue Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder kommt eine Vereinbarung nach Satz 3 nicht bis zum 30. September 2017 zustande, legt das jeweils zuständige Schiedsamt nach § 89 Absatz 4 auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit mit Wirkung für die Vertragsparteien innerhalb einer Frist von zwei Monaten den Vereinbarungsinhalt fest.“

ee) Der neue Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 erster Halbsatz nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 zweiter Halbsatz nicht bis zum 30. September 2017 zustande, legt die Schiedsstelle nach § 129 Absatz 8 auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit innerhalb einer Frist von zwei Monaten den Vereinbarungsinhalt fest.“

ff) In dem neuen Satz 7 werden die Wörter „Sätze 4 und 5“ durch die Wörter „Sätze 5 und 6“ ersetzt.

g) In Absatz 7d Satz 1 werden jeweils die Wörter „Absatz 7 Satz 4 Nr. 1“ durch die Wörter „Absatz 7 Satz 5 Nummer 1“ und werden die Wörter „Absatz 7b Satz 2 und 3“ durch die Wörter „Absatz 7b Satz 2 bis 4“ ersetzt.

h) Absatz 7e wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Absatz 7 Satz 4 Nr. 2“ durch die Wörter „Absatz 7 Satz 5 Nummer 2“ und werden die Wörter „Absatz 7b Satz 2 und 3“ durch die Wörter „Absatz 7b Satz 2 bis 4“ ersetzt.

bb) In Satz 7 werden die Wörter „Absatz 7 Satz 4 Nr. 2“ durch die Wörter „Absatz 7 Satz 5 Nummer 2“ ersetzt.

12. § 291b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Im Rahmen der Aufgaben nach § 291a Absatz 7 Satz 2 hat die Gesellschaft für Telematik

1. die funktionalen und technischen Vorgaben einschließlich eines Sicherheitskonzepts zu erstellen,
2. Inhalt und Struktur der Datensätze für deren Bereitstellung und Nutzung festzulegen,
3. Vorgaben für den sicheren Betrieb der Telematikinfrastruktur zu erstellen und ihre Umsetzung zu überwachen,
4. die notwendigen Test- und Zertifizierungsmaßnahmen sicherzustellen und
5. Verfahren einschließlich der dafür erforderlichen Authentisierungsverfahren festzulegen zur Verwaltung

a) der in § 291a Absatz 4 und 5a geregelten Zugriffsberechtigungen und

b) der Steuerung der Zugriffe auf Daten nach § 291a Absatz 2 und 3.

Bei der Gestaltung der Verfahren nach Satz 1 Nummer 5 berücksichtigt die Gesellschaft für Telematik, dass die Telematikinfrastruktur schrittweise ausgebaut wird und die Zugriffsberechtigungen künftig auf weitere Leistungserbringergruppen ausgedehnt werden können. Soweit bei den Festlegungen und Maßnahmen nach Satz 1 Fragen der Datensicherheit berührt sind, sind diese im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu treffen. Die Gesellschaft für Telematik hat die Interessen von Patienten zu wahren und die Einhaltung der Vorschriften zum Schutz personenbezogener Daten sowie zur Barrierefreiheit sicherzustellen. Die Gesellschaft für Telematik hat Aufgaben nur insoweit wahrzunehmen, als dies zur Schaffung einer interoperablen, kompatiblen und sicheren Telematikinfrastruktur erforderlich ist. Mit Teilaufgaben der Gesellschaft für Telematik können einzelne Gesellschafter oder Dritte beauftragt werden; hierbei sind durch die Gesellschaft für Telematik Interoperabilität, Kompatibilität und das notwendige Sicherheitsniveau der Telematikinfrastruktur zu gewährleisten. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit nimmt die Gesellschaft für Telematik auf europäischer Ebene Aufgaben wahr, soweit die Telematikinfrastruktur berührt ist oder künftig berührt werden kann. Das Bundesministerium für Gesundheit kann ihr dabei Weisungen erteilen. Bis zum 31. Dezember 2017 hat die Gesellschaft für Telematik die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich sind, damit zugriffsberechtigte Ärzte auf die Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zugreifen können. Bis zum 31. Dezember 2017 hat die Gesellschaft für Telematik die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich sind, damit die Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 genutzt werden können. § 291 Absatz 2b Satz 7 bis 9 gilt für die Fristen nach den Sät-

zen 9 und 10 jeweils mit der Maßgabe entsprechend, dass die Ausgaben ab dem Jahr 2018 die Ausgaben des Jahres 2014 abzüglich 1 Prozent nicht überschreiten dürfen. Bis zum 31. Dezember 2018 hat die Gesellschaft für Telematik die Maßnahmen durchzuführen, die erforderlich sind, damit nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 Versicherte selbst Daten zur Verfügung stellen oder Daten für sie zur Verfügung gestellt werden können. Bis zum 31. Dezember 2016 hat die Gesellschaft für Telematik zu prüfen, inwieweit mobile und stationäre Endgeräte der Versicherten zur Wahrnehmung ihrer Rechte, insbesondere der Zugriffsrechte gemäß § 291a Absatz 4 Satz 2, und für die Kommunikation im Gesundheitswesen einbezogen werden können. Über das Ergebnis der Prüfung nach Satz 13 legt die Gesellschaft für Telematik dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. März 2017 einen Bericht vor.“

b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Zulassung wird auf Antrag des Anbieters einer Komponente oder des Anbieters eines Dienstes erteilt, wenn die Komponente oder der Dienst funktionsfähig, interoperabel und sicher ist. Die Zulassung kann mit Nebenbestimmungen versehen werden.“

bb) In dem neuen Satz 9 werden die Wörter „Satz 4 und 5“ durch die Wörter „den Sätzen 5, 6 und 12“ ersetzt.

cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die Gesellschaft für Telematik kann eine befristete Genehmigung zur Verwendung von nicht zugelassenen Komponenten und Diensten in der Telematikinfrastruktur erteilen, wenn dies zur Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und Sicherheit der Telematikinfrastruktur erforderlich ist. Hinsichtlich der Sicherheit ist die Genehmigung im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu erteilen.“

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

„(1b) Die Gesellschaft für Telematik hat eine diskriminierungsfreie Nutzung der Telematikinfrastruktur für Anwendungen nach § 291a Absatz 7 Satz 3 zu gewährleisten. Dabei sind elektronische Anwendungen, die der Erfüllung von gesetzlichen Aufgaben der Kranken- und Pflegeversicherung dienen, vorrangig zu berücksichtigen. Für die Nutzung der Telematikinfrastruktur für Anwendungen nach § 291a Absatz 7 Satz 3 legt die Gesellschaft für Telematik in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit die erforderlichen Voraussetzungen bis zum 30. Juni 2016 fest

und veröffentlicht diese auf ihrer Internetseite. Die Erfüllung dieser Voraussetzungen muss der Anbieter einer Anwendung gegenüber der Gesellschaft für Telematik in einem Bestätigungsverfahren nachweisen. Die Einzelheiten des Bestätigungsverfahrens sowie die dazu erforderlichen Prüfkriterien legt die Gesellschaft für Telematik in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bis zum 30. September 2016 fest und veröffentlicht sie auf ihrer Internetseite. Das Bestätigungsverfahren wird auf Antrag eines Anbieters einer Anwendung durchgeführt. Die Bestätigung kann mit Nebenbestimmungen versehen werden. Die Gesellschaft für Telematik veröffentlicht eine Liste mit den erteilten Bestätigungen auf ihrer Internetseite. Für Leistungserbringer in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, die die Telematikinfrastruktur für Anwendungen nach § 291a Absatz 7 Satz 3 nutzen wollen und für die noch keine sicheren Authentisierungsverfahren nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 festgelegt sind, legt die Gesellschaft für Telematik diese Verfahren in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik fest. Die nach diesem Absatz beim Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik sowie bei der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit entstehenden Kosten sind durch die Gesellschaft für Telematik zu erstatten. Die Gesellschaft für Telematik legt die Einzelheiten der Kostenerstattung einvernehmlich jeweils mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik sowie der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit fest.“

d) Der bisherige Absatz 1b wird Absatz 1c und wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Zur Durchführung des operativen Betriebs der Telematikinfrastruktur vergibt die Gesellschaft für Telematik Aufträge oder erteilt in einem transparenten und diskriminierungsfreien Verfahren Zulassungen; sind nach Absatz 1 Satz 6 erster Halbsatz einzelne Gesellschafter oder Dritte beauftragt worden, so sind die Beauftragten für die Vergabe und für die Erteilung der Zulassung zuständig.“

bb) In Satz 3 werden die Wörter „Bei der Vergabe dieser Aufträge“ durch die Wörter „Bei der Vergabe von Aufträgen“ ersetzt.

cc) In Satz 4 werden die Wörter „gemäß § 3 Nr. 4 Buchstabe p“ durch die Wörter „gemäß § 3 Absatz 5 Buchstabe i“ ersetzt.

dd) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Bei Zulassungsverfahren nach Satz 2 haben Anbieter von operativen Betriebsleistungen einen Anspruch auf Zulassung, wenn

1. die zu verwendenden Komponenten und Dienste nach den Absätzen 1a und 1e zugelassen sind,

2. der Anbieter den Nachweis erbringt, dass die Verfügbarkeit und Sicherheit der Betriebsleistung gewährleistet sind, und

3. der Anbieter sich vertraglich verpflichtet, die Rahmenbedingungen für Betriebsleistungen der Gesellschaft für Telematik einzuhalten.“

ee) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Zulassung kann mit Nebenbestimmungen versehen werden.“

e) Der bisherige Absatz 1c wird Absatz 1d und wie folgt gefasst:

„(1d) Die Gesellschaft für Telematik kann für die Zulassungen und Bestätigungen der Absätze 1a bis 1c und 1e Gebühren und Auslagen erheben. Die Gebührensätze sind so zu bemessen, dass sie den auf die Leistungen entfallenden durchschnittlichen Personal- und Sachaufwand nicht übersteigen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die gebührenpflichtigen Tatbestände zu bestimmen und dabei feste Sätze oder Rahmensätze vorzusehen sowie Regelungen über die Gebührenentstehung, die Gebührenerhebung, die Erstattung von Auslagen, den Gebührenschuldner, Gebührenbefreiungen, die Fälligkeit, die Stundung, die Niederschlagung, den Erlass, Säumniszuschläge, die Verjährung und die Erstattung zu treffen. Für die Nutzung der Telematikinfrastruktur für Anwendungen nach § 291a Absatz 7 Satz 3, die nicht in diesem Buch oder im Elften Buch Sozialgesetzbuch geregelt sind, kann die Gesellschaft für Telematik Entgelte verlangen. Der Entgeltkatalog bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

f) Nach Absatz 1d wird folgender Absatz 1e eingefügt:

„(1e) Die Gesellschaft für Telematik legt bis zum 31. Dezember 2016 sichere Verfahren zur Übermittlung medizinischer Dokumente über die Telematikinfrastruktur in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit fest und veröffentlicht diese Festlegungen auf ihrer Internetseite. Die Erfüllung dieser Festlegungen muss der Anbieter eines Dienstes für ein Übermittlungsverfahren gegenüber der Gesellschaft für Telematik in einem Zulassungsverfahren nachweisen. Für das Zulassungsverfahren gilt Absatz 1a. Die für das Zulassungsverfahren erforderlichen Festlegungen sind bis zum 31. März 2017 zu treffen und auf der Internetseite der Gesellschaft für Telematik zu veröffentlichen. Die nach diesem Absatz bei dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und bei der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit entstehenden Kosten sind durch die Gesellschaft für Telematik zu erstatten. Die Gesellschaft für Telematik legt die

Einzelheiten der Kostenerstattung einvernehmlich mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit fest.“

g) Absatz 2 Nummer 4 wird aufgehoben.

h) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die Gesellschaft für Telematik hat einen Beirat einzurichten, der sie in fachlichen Belangen berät. Er kann Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung der Gesellschafterversammlung der Gesellschaft für Telematik zur Befassung vorlegen und ist vor der Beschlussfassung zu Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung zu hören. Zu Angelegenheiten von grundsätzlicher Bedeutung gehören insbesondere:

1. Fachkonzepte zu Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte,
2. Planungen und Konzepte für Erprobung und Betrieb der Telematikinfrastruktur sowie
3. Konzepte zur Evaluation von Erprobungsphasen und Anwendungen.

Hierzu sind dem Beirat die entsprechenden Informationen in verständlicher Form so rechtzeitig zur Verfügung zu stellen, dass er sich mit ihnen inhaltlich befassen kann. Die Gesellschaft für Telematik hat sich mit den Stellungnahmen des Beirats zu befassen und dem Beirat mitzuteilen, inwieweit sie die Empfehlungen des Beirats berücksichtigt. Der Vorsitzende des Beirats kann an den Gesellschafterversammlungen der Gesellschaft für Telematik teilnehmen. Der Beirat besteht aus vier Vertretern der Länder, drei Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen, drei Vertretern der Wissenschaft, drei Vertretern der für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen, einem Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte maßgeblichen Spitzenorganisation sowie der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. Vertreter weiterer Gruppen und Bundesbehörden können berufen werden. Die Mitglieder des Beirats werden von der Gesellschafterversammlung der Gesellschaft für Telematik im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit berufen; die Vertreter der Länder werden von den Ländern benannt. Die Gesellschafter, der Geschäftsführer der Gesellschaft für Telematik sowie das Bundesministerium für Gesundheit können an den Sitzungen des Beirats teilnehmen.“

i) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „§ 291a Abs. 7 Satz 5 bis 7“ durch die Wörter „§ 291a Absatz 7 Satz 6 bis 8“ ersetzt.

j) Absatz 4 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Kommen die erforderlichen Beschlüsse nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, so kann das Bundesministerium für Gesundheit den Inhalt der Beschlüsse im Benehmen mit den zuständigen obersten Landesbehörden durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festlegen oder die Schlichtungsstelle nach § 291c anrufen.“

k) Absatz 6 wird durch die folgenden Absätze 6 und 7 ersetzt:

„(6) Soweit von Komponenten und Diensten eine Gefahr für die Funktionsfähigkeit oder Sicherheit der Telematikinfrastruktur ausgeht, ist die Gesellschaft für Telematik in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik befugt, die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Abwehr dieser Gefahr zu treffen. Betreiber von nach den Absätzen 1a und 1e zugelassenen Diensten und Betreiber von Diensten für nach Absatz 1b bestätigte Anwendungen haben erhebliche Störungen der Verfügbarkeit, Integrität, Authentizität und Vertraulichkeit dieser Dienste unverzüglich an die Gesellschaft für Telematik zu melden. Erheblich sind Störungen, die zum Ausfall oder zur Beeinträchtigung der Sicherheit oder Funktionsfähigkeit der in Satz 2 genannten Dienste oder zum Ausfall oder zur Beeinträchtigung der Sicherheit oder Funktionsfähigkeit der Telematikinfrastruktur führen können oder bereits geführt haben. Die Gesellschaft für Telematik hat die ihr nach Satz 2 gemeldeten Störungen sowie darüber hinausgehende bedeutende Störungen, die zu beträchtlichen Auswirkungen auf die Sicherheit oder Funktionsfähigkeit der Telematikinfrastruktur führen können oder bereits geführt haben, unverzüglich an das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu melden. Die Gesellschaft für Telematik kann zur Gefahrenabwehr im Einzelfall insbesondere Komponenten und Dienste für den Zugang zur Telematikinfrastruktur sperren oder den weiteren Zugang zur Telematikinfrastruktur nur unter der Bedingung gestatten, dass die von der Gesellschaft für Telematik angeordneten Maßnahmen zur Beseitigung der Gefahr umgesetzt werden.“

(7) Die Gesellschaft für Telematik kann für Komponenten und Dienste, die die Telematikinfrastruktur nutzen, aber außerhalb der Telematikinfrastruktur betrieben werden, in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik solche Maßnahmen zur Überwachung des Betriebs treffen, die erforderlich sind, um die Sicherheit, Verfügbarkeit und Nutzbarkeit der Telematikinfrastruktur zu

gewährleisten. Die Gesellschaft für Telematik legt hierzu fest, welche näheren Angaben ihr die Betreiber der Komponenten und Dienste offenzulegen haben, damit die Überwachung durchgeführt werden kann. Für die Erstattung der Kosten des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik gilt Absatz 1a Satz 9 und 10 entsprechend.“

13. Nach § 291b werden die folgenden §§ 291c bis 291g eingefügt:

„§ 291c

Schlichtungsstelle der Gesellschaft für Telematik

(1) Bei der Gesellschaft für Telematik ist eine Schlichtungsstelle einzurichten.

(2) Die Schlichtungsstelle hat einen unparteiischen Vorsitzenden. Über den unparteiischen Vorsitzenden sollen sich die Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik einigen. Kommt nach Fristsetzung durch das Bundesministerium für Gesundheit keine Einigung zustande, benennt das Bundesministerium für Gesundheit den Vorsitzenden.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann einen Vertreter als Mitglied der Schlichtungsstelle benennen, die übrigen in § 291a Absatz 7 Satz 1 genannten Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik können einen gemeinsamen Vertreter als Mitglied der Schlichtungsstelle benennen. Die Amtsdauer der Mitglieder der Schlichtungsstelle beträgt zwei Jahre. Wiederbenennung ist zulässig.

(4) Die Schlichtungsstelle gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit bedarf.

(5) Die Selbstverwaltungsorganisationen tragen die Kosten für die von ihnen benannten Vertreter jeweils selbst. Die Kosten für den unparteiischen Vorsitzenden sowie die sonstigen Kosten der Schlichtungsstelle werden aus den Finanzmitteln der Gesellschaft für Telematik finanziert.

(6) Erhält ein Beschlussvorschlag zu den Regelungen, zum Aufbau und zum Betrieb der Telematikinfrastruktur nach § 291b Absatz 4 Satz 1 in der Gesellschafterversammlung oder in anderen Beschlussgremien der Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik nicht die für eine Beschlussfassung erforderliche Mehrheit, so wird ein Schlichtungsverfahren zu den Inhalten des Beschlussvorschlags eingeleitet, wenn mindestens 50 Prozent der Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik oder das Bundesministerium für Gesundheit ein solches beantragen. Bei Beschlussvorschlägen zu § 291 Absatz 2b Satz 6 und zu § 291b Absatz 1 Satz 9 gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass jede der in § 291 Absatz 2b Satz 7 genannten Organisationen das Schlichtungsverfahren einleiten kann.

(7) Innerhalb von vier Wochen nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens hat die Geschäftsführung der Gesellschaft für Telematik eine Gesellschafterversammlung einzuberufen. Die Schlichtungsstelle hat zur Gesellschafterversammlung einen Entscheidungsvorschlag vorzulegen. Erhält bei der Gesellschafterversammlung kein Vorschlag

die erforderliche Mehrheit, entscheidet die Schlichtungsstelle innerhalb von zwei Wochen nach der Gesellschafterversammlung. Jedes Mitglied der Schlichtungsstelle hat eine Stimme. Die Schlichtungsstelle entscheidet mit einfacher Stimmenmehrheit. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden den Ausschlag.

(8) Die Gesellschaft für Telematik oder die von ihr beauftragten Organisationen sind verpflichtet, der Schlichtungsstelle nach deren Vorgaben unverzüglich zuzuarbeiten. Der unparteiische Vorsitzende kann an den Gesellschafterversammlungen der Gesellschaft für Telematik teilnehmen.

(9) Die Entscheidung der Schlichtungsstelle ist dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorzulegen. Bei der Prüfung der Entscheidung hat das Bundesministerium für Gesundheit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Entscheidung, soweit sie gegen Gesetz oder sonstiges Recht verstößt, innerhalb von einem Monat beanstanden. Werden die Beanstandungen nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist behoben, so kann das Bundesministerium für Gesundheit anstelle der Schlichtungsstelle entscheiden. Die Gesellschaft für Telematik ist verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit zur Vorbereitung seiner Entscheidung unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Die Entscheidungen nach den Sätzen 1 und 4 sind für alle Gesellschafter, für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich; sie können nur durch eine alternative Entscheidung der Gesellschafterversammlung der Gesellschaft für Telematik in gleicher Sache ersetzt werden.

§ 291d

Integration offener Schnittstellen
in informationstechnische Systeme

(1) In informationstechnische Systeme, die zum Erheben, Verarbeiten und Nutzen von personenbezogenen Patientendaten eingesetzt werden in

1. der vertragsärztlichen Versorgung,
2. der vertragszahnärztlichen Versorgung und
3. Krankenhäusern,

sollen so bald wie möglich offene und standardisierte Schnittstellen zur systemneutralen Archivierung von Patientendaten sowie zur Übertragung von Patientendaten bei einem Systemwechsel integriert werden.

(2) Für die in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzten informationstechnischen Systeme trifft die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen die erforderlichen Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen. Die Kassen-

ärztliche Bundesvereinigung bestätigt auf Antrag eines Anbieters eines informationstechnischen Systems, dass das System die Festlegungen nach Satz 1 erfüllt. Sie veröffentlicht eine Liste mit den bestätigten informationstechnischen Systemen.

(3) Für die in der vertragszahnärztlichen Versorgung eingesetzten informationstechnischen Systeme trifft die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen die erforderlichen Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung bestätigt auf Antrag eines Anbieters eines informationstechnischen Systems, dass das System die Festlegungen nach Satz 1 erfüllt. Sie veröffentlicht eine Liste mit den bestätigten informationstechnischen Systemen.

(4) Für die in den Krankenhäusern eingesetzten informationstechnischen Systeme trifft die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen die erforderlichen Festlegungen zu den offenen und standardisierten Schnittstellen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft bestätigt auf Antrag eines Anbieters eines informationstechnischen Systems, dass das System die Festlegungen nach Satz 1 erfüllt. Sie veröffentlicht eine Liste mit den bestätigten informationstechnischen Systemen.

(5) Die nach den Absätzen 2 bis 4 für die Festlegung zuständigen Organisationen stimmen sich mit dem Ziel ab, bei inhaltlichen Gemeinsamkeiten der Schnittstellen sektorübergreifende einheitliche Vorgaben zu treffen.

(6) Die nach den Absätzen 2 bis 4 getroffenen Festlegungen sind in das Interoperabilitätsverzeichnis nach § 291e aufzunehmen.

§ 291e

Interoperabilitätsverzeichnis

(1) Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum 30. Juni 2017 ein elektronisches Interoperabilitätsverzeichnis für technische und semantische Standards, Profile und Leitfäden für informationstechnische Systeme im Gesundheitswesen aufzubauen und dieses Interoperabilitätsverzeichnis zu pflegen und zu betreiben. Das Interoperabilitätsverzeichnis dient der Förderung der Interoperabilität zwischen informationstechnischen Systemen.

(2) Das Interoperabilitätsverzeichnis ist für die Nutzung öffentlich zur Verfügung zu stellen.

(3) Die Gesellschaft für Telematik erstellt hinsichtlich des Interoperabilitätsverzeichnisses eine Geschäfts- und Verfahrensordnung. Die Geschäfts- und Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Sie ist dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens zwölf Monate nach Inkrafttreten dieses Ge-

setzes vorzulegen. Die Geschäfts- und Verfahrensordnung regelt das Nähere

1. zum Aufbau, zur Pflege und zum Betrieb sowie zur Nutzung des Interoperabilitätsverzeichnisses,
2. zur Benennung der Experten und zu deren Kostenerstattung nach Absatz 5,
3. zum Verfahren der Aufnahme von Informationen nach den Absätzen 7 bis 9 in das Interoperabilitätsverzeichnis sowie
4. zum Verfahren der Aufnahme von Informationen in das Informationsportal nach Absatz 11.

(4) Für die Aufnahme von Informationen nach Absatz 8 in das Interoperabilitätsverzeichnis kann die Gesellschaft für Telematik Entgelte verlangen. Der Entgeltkatalog bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

(5) Die Gesellschaft für Telematik benennt mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit Experten, die über Fachwissen im Bereich der Gesundheitsversorgung und im Bereich der Informationstechnik und Standardisierung im Gesundheitswesen verfügen. Die Experten sind aus folgenden Gruppen auszuwählen:

1. Anwendern informationstechnischer Systeme,
2. für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen,
3. Ländern,
4. fachlich betroffenen Bundesbehörden,
5. fachlich betroffenen nationalen und internationalen Standardisierungs- und Normungsorganisationen sowie
6. Vertretern wissenschaftlicher Einrichtungen.

Die Experten können der Gesellschaft für Telematik für den Aufbau, die Pflege und die Weiterentwicklung des Interoperabilitätsverzeichnisses Empfehlungen geben. Die Gesellschaft für Telematik erstattet den Experten die ihnen durch die Mitarbeit entstehenden Kosten.

(6) Die Gesellschaft für Telematik hat die Fachöffentlichkeit über den Stand des Aufbaus, der Pflege und der Weiterentwicklung des Interoperabilitätsverzeichnisses auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu informieren. Die Gesellschaft für Telematik hat die Fachöffentlichkeit über elektronische Informationstechnologien zu beteiligen bei

1. Festlegungen nach Absatz 7 Satz 2,
2. Bewertungen nach Absatz 8 Satz 3 sowie
3. Empfehlungen nach Absatz 9 Satz 1.

Hierzu hat die Gesellschaft für Telematik die Entwürfe der Festlegungen nach Absatz 7 Satz 2, der Bewertungen nach Absatz 8 Satz 3 und der Empfehlungen nach Absatz 9 Satz 1 auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu veröffentlichen. Die Entwürfe sind mit dem Hinweis zu veröffentlichen, dass Stellungnahmen während der Veröffentlichung abgegeben werden können.

Die eingegangenen Stellungnahmen hat die Gesellschaft für Telematik auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu veröffentlichen und in die weitere Prüfung der Entwürfe einzubeziehen.

(7) Technische und semantische Standards, Profile und Leitfäden, die die Gesellschaft für Telematik zur Nutzung in Anwendungen nach den §§ 291 und 291a Absatz 2 und 3 festgelegt hat (Interoperabilitätsfestlegungen), sind frühestmöglich, jedoch spätestens dann in das Interoperabilitätsverzeichnis aufzunehmen, wenn sie für den flächendeckenden Wirkbetrieb der Telematikinfrastruktur freigegeben sind. Vor Festlegungen nach Satz 1, die die Gesellschaft für Telematik nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes trifft, hat sie den Experten nach Absatz 5 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. In ihren Stellungnahmen können die Experten weitere Empfehlungen zur Umsetzung und Nutzung der in das Interoperabilitätsverzeichnis aufgenommenen Inhalte sowie zu anwendungsspezifischen Konkretisierungen und Ergänzungen abgeben. Die Gesellschaft für Telematik hat die Stellungnahmen in ihre Entscheidung einzubeziehen. Die Stellungnahmen sind auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu veröffentlichen.

(8) Technische und semantische Standards, Profile und Leitfäden, deren Aufnahme nicht nach dem in Absatz 7 geregelten Verfahren erfolgt, nimmt die Gesellschaft für Telematik auf Antrag in das Interoperabilitätsverzeichnis auf. Antragsberechtigt sind die Anwender der informationstechnischen Systeme und deren Interessenvertretungen, die Anbieter informationstechnischer Systeme, wissenschaftliche Einrichtungen sowie Standardisierungs- und Normungsorganisationen. Vor Aufnahme in das Interoperabilitätsverzeichnis bewertet die Gesellschaft für Telematik, inwieweit die technischen und semantischen Standards, Profile und Leitfäden den Interoperabilitätsfestlegungen nach Absatz 7 Satz 1 entsprechen. Vor ihrer Bewertung hat die Gesellschaft für Telematik den Experten nach Absatz 5 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. In ihren Stellungnahmen können die Experten weitere Empfehlungen zur Umsetzung und Nutzung der in das Interoperabilitätsverzeichnis aufgenommenen Inhalte sowie zu anwendungsspezifischen Konkretisierungen und Ergänzungen abgeben. Die Gesellschaft für Telematik hat die Stellungnahmen in ihre Entscheidung einzubeziehen. Die Stellungnahmen der Experten sowie die Bewertung der Gesellschaft für Telematik sind auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu veröffentlichen.

(9) Die Gesellschaft für Telematik kann die Zusammenarbeit der Standardisierungs- und Normungsorganisationen unterstützen und im Interoperabilitätsverzeichnis enthaltene technische und semantische Standards, Profile und Leitfäden nach Absatz 8 als Referenz für informationstechnische Systeme im Gesundheitswesen empfehlen. Vor ihrer Empfehlung hat die Gesellschaft für Telematik den Experten nach Absatz 5 sowie bei Empfehlungen zur Datensicherheit und zum Datenschutz

dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik sowie dem oder der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Gesellschaft für Telematik hat die Stellungnahmen und Vorschläge in ihre Entscheidung einzubeziehen. Die Stellungnahmen und Vorschläge der Experten sowie die Empfehlungen der Gesellschaft für Telematik sind auf der Internetseite des Interoperabilitätsverzeichnisses zu veröffentlichen.

(10) Elektronische Anwendungen im Gesundheitswesen dürfen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung nur ganz oder teilweise finanziert werden, wenn die Anbieter der elektronischen Anwendungen die Festlegungen nach Absatz 7 Satz 1 sowie die Empfehlungen nach Absatz 9 Satz 1 beachten. Anbieter einer elektronischen Anwendung im Gesundheitswesen nach § 291a Absatz 7 Satz 3 oder einer elektronischen Anwendung, die aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung ganz oder teilweise finanziert wird, haben einen Antrag nach Absatz 8 Satz 1 zu stellen.

(11) Als Bestandteil des Interoperabilitätsverzeichnisses hat die Gesellschaft für Telematik ein Informationsportal aufzubauen. In das Informationsportal aufgenommen werden auf Antrag Informationen insbesondere über den Inhalt, den Verwendungszweck und die Finanzierung von elektronischen Anwendungen im Gesundheitswesen, insbesondere von telemedizinischen Anwendungen. Antragsberechtigt sind Projektträger und Anbieter einer elektronischen Anwendung. Projektträger und Anbieter einer elektronischen Anwendung, die aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung ganz oder teilweise finanziert wird, haben einen Antrag zu stellen. Das Nähere zu den Inhalten des Informationsportals und zu den Mindestinhalten des Antrages nach Satz 2 legt die Gesellschaft für Telematik in der Geschäfts- und Verfahrensordnung nach Absatz 3 fest.

(12) Die Gesellschaft für Telematik legt dem Bundesministerium für Gesundheit zwei Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes einen Bericht vor. Das Bundesministerium für Gesundheit leitet den Bericht an den Deutschen Bundestag weiter. Der Bericht enthält Informationen über den Aufbau des Interoperabilitätsverzeichnisses, Anwendungserfahrungen und Vorschläge zur Weiterentwicklung des Interoperabilitätsverzeichnisses. Außerdem enthält er eine Einschätzung zur Standardisierung im Gesundheitswesen sowie Empfehlungen zur Harmonisierung der Standards. Das Bundesministerium für Gesundheit kann weitere Inhalte für den Bericht bestimmen. Im Abstand von zwei Jahren ist ein neuer Bericht zu erstellen und vorzulegen.

§ 291f

Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung

(1) Der Zuschlag nach § 291a Absatz 7b Satz 1 erhöht sich im Jahr 2017 um eine Pauschale von

55 Cent pro Übermittlung eines elektronischen Briefs zwischen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen, wenn die Übermittlung durch sichere elektronische Verfahren erfolgt und dadurch der Versand durch Post-, Boten- oder Kurierdienste entfällt. Der Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste ist bei der Anpassung des Behandlungsbedarfes nach § 87a Absatz 4 zu berücksichtigen. § 73 Absatz 1b Satz 1 bis 3 gilt entsprechend. Ein sicheres elektronisches Verfahren setzt voraus, dass der elektronische Brief durch geeignete technische Maßnahmen entsprechend dem aktuellen Stand der Technik gegen unberechtigte Zugriffe geschützt wird.

(2) Das Nähere, insbesondere über Inhalt und Struktur des elektronischen Briefs, zur Abrechnung, zu Regelungen, die eine nicht bedarfsgerechte Mengenausweitung vermeiden, und Einzelheiten zu den Sicherheitsmaßnahmen, regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Gesellschaft für Telematik in einer Richtlinie. In der Richtlinie ist festzulegen, dass für die Übermittlung des elektronischen Briefs zugelassene Dienste nach § 291b Absatz 1e genutzt werden, sobald diese zur Verfügung stehen. Die Richtlinie ist dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorzulegen. Bei der Prüfung der Richtlinie ist der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Richtlinie innerhalb von einem Monat beanstanden.

(3) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bestätigt auf Antrag eines Anbieters eines informationstechnischen Systems für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Einrichtungen, dass sein System die in der Richtlinie enthaltenen Vorgaben erfüllt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht eine Liste mit den bestätigten informationstechnischen Systemen.

(4) Die Abrechnung des Zuschlags nach Absatz 1 ist zulässig, wenn für das verwendete informationstechnische System eine Bestätigung nach Absatz 3 gegenüber der zuständigen Abrechnungsstelle nachgewiesen wird. Die Abrechnung eines Zuschlags nach Absatz 1 ist über die Voraussetzungen des Satzes 1 hinaus nur zulässig, wenn der elektronische Brief mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach dem Signaturgesetz versehen ist, die mit einem elektronischen Heilberufsausweis nach § 291a Absatz 5 Satz 5 erzeugt wurde.

(5) Für den Zeitraum ab 2018 wird die Höhe des Zuschlags durch die Vertragspartner nach § 291a Absatz 7b Satz 2 vereinbart. Der Zuschlag darf nur vereinbart werden, wenn für die Übermittlung des elektronischen Briefs zugelassene Dienste nach § 291b Absatz 1e genutzt werden.

(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten nicht für die Vertragszahnärzte.

§ 291g

Vereinbarung über technische Verfahren zur konsiliarischen Befundbeurteilung und zur Videosprechstunde

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart bis zum 30. Juni 2016 mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere Einzelheiten hinsichtlich der Qualität und der Sicherheit, und die Anforderungen an die technische Umsetzung. Die Vereinbarung ist dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorzulegen. Bei der Prüfung der Vereinbarung ist der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Vereinbarung innerhalb von einem Monat beanstanden.

(2) Kommt die Vereinbarung nach Absatz 1 nicht bis zum 31. März 2016 zustande, so ist auf Antrag einer der Vereinbarungspartner nach Absatz 1 ein Schlichtungsverfahren bei der Schlichtungsstelle nach § 291c Absatz 1 einzuleiten. Innerhalb von vier Wochen nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens hat die Schlichtungsstelle einen Entscheidungsvorschlag vorzulegen. Vor ihrem Entscheidungsvorschlag hat die Schlichtungsstelle den Vereinbarungspartnern nach Absatz 1 und der Gesellschaft für Telematik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Kommt innerhalb von zwei Wochen nach Vorlage des Entscheidungsvorschlags keine Entscheidung der Vereinbarungspartner nach Absatz 1 zustande, entscheidet die Schlichtungsstelle anstelle der Vereinbarungspartner nach Absatz 1 innerhalb von zwei Wochen. Auf die Entscheidungen der Schlichtungsstelle findet § 291c Absatz 7 Satz 4 bis 6 Anwendung. Die Entscheidung der Schlichtungsstelle ist für die Vereinbarungspartner nach Absatz 1 und für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich; sie kann nur durch eine alternative Entscheidung der Vereinbarungspartner nach Absatz 1 in gleicher Sache ersetzt werden.

(3) Sofern die Vereinbarung nach Absatz 1 nicht bis zum 30. Juni 2016 getroffen wird, gilt § 291 Absatz 2b Satz 7 bis 9 entsprechend für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für die Vereinbarung über technische Verfahren zu Videosprechstunden entsprechend mit der Maßgabe, dass die Vereinbarung nach Absatz 1 bis zum 30. September 2016 zu treffen ist.“

Artikel 1a**Weitere 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 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 5 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 1 Nummer 11a wird folgende Nummer 11b eingefügt:

„11b. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch

- a) auf eine Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches oder

- b) auf eine entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, wenn der verstorbene Elternteil zuletzt als Beschäftigter von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Sechsten Buches befreit war,

erfüllen und diese beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenantrags privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder die Voraussetzungen der Nummer 11,“.

- b) In Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „11 oder 12“ durch die Angabe „11 bis 12“ ersetzt und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 11b besteht über die Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Nummer 3 hinaus“ eingefügt.

- c) In Absatz 8 Satz 1 wird die Angabe „11 oder 12“ durch die Angabe „11 bis 12“ ersetzt.

2. In § 8 Absatz 1 Nummer 4 wird die Angabe „11 oder 12“ durch die Angabe „11 bis 12“ ersetzt.

3. In § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird die Angabe „11 oder 12“ durch die Angabe „11 bis 12“ ersetzt.

4. In § 189 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 5 Abs. 1 Nr. 11 und 12 und Abs. 2“ durch die Wörter „§ 5 Absatz 1 Nummer 11 bis 12 und Absatz 2“ ersetzt.

5. In § 202 Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Mitgliedschaft eines Versorgungsempfängers“ die Wörter „und in den Fällen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b“ und nach den Wörtern „Ende der Versorgungsbezüge“ die Wörter „und in den Fällen des § 5 Absatz 1 Nummer 11b den Tag der Antragstellung“ eingefügt.

6. § 225 Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. als Waise die Voraussetzungen nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b erfüllt und die dort genannten Leistungen vor Vollendung des achtzehnten Lebensjahres beantragt oder“.

7. Nach § 237 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Bei Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b sind die dort genannten Leistungen bis zum Erreichen der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 beitragsfrei. Dies gilt entsprechend für die Waisenrente nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte.“

8. Nach § 249a Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Bei Versicherungspflichtigen, die eine für sie nach § 237 Satz 2 beitragsfreie Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches beziehen, trägt der Träger der Rentenversicherung die Hälfte der nach dieser Rente zu bemessenden Beiträge nach dem allgemeinen Beitragssatz, wie er sie ohne die Beitragsfreiheit zu tragen hätte.“

Artikel 1b**Änderung des
Ersten Buches Sozialgesetzbuch**

In § 36a Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz des Ersten Buches Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – (Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015), das zuletzt durch Artikel 27 des Gesetzes vom 20. November 2015 (BGBl. I S. 2010) geändert worden ist, wird die Angabe „Satz 4“ gestrichen.

Artikel 1c**Änderung des
Elften Buches Sozialgesetzbuch**

In § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 11 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2114) geändert worden ist, werden nach der Angabe „11a“ ein Komma und die Angabe „11b“ eingefügt.

Artikel 1d**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 440 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 2 Nummer 2 wird die Angabe „11 und 12“ durch die Angabe „11 bis 12“ ersetzt.

2. In § 29 Absatz 4 wird die Angabe „11 und 12“ durch die Angabe „11 bis 12“ ersetzt.

3. Dem § 45 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Personen, die eine Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch, eine in § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung oder eine Waisenrente nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte beziehen, sind diese Leistungen bis zum Erreichen der Altersgrenzen des § 10 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beitragsfrei.“

Artikel 1e**Änderung der
Schiedsstellenverordnung**

In § 6 Absatz 3 Satz 1 der Schiedsstellenverordnung vom 29. September 1994 (BGBl. I S. 2784), die zuletzt durch Artikel 17 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 129 Abs. 7 oder § 300 Abs. 4“ durch die Wörter „§ 129 Absatz 7, § 130b Absatz 9 Satz 6 oder § 300 Absatz 4“ ersetzt.

Artikel 2**Änderung des
Nutzungszuschlags-Gesetzes**

In § 2 Absatz 2 Satz 1 des Nutzungszuschlags-Gesetzes vom 22. Juni 2005 (BGBl. I S. 1720, 1724), das durch Artikel 16 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) geändert worden ist, werden die Wörter „§ 291a Abs. 7 Satz 4 Nummer 1 und 2“ durch die Wörter „§ 291a Absatz 7 Satz 5 Nummer 1 und 2“ ersetzt.

Artikel 3**Änderung des BSI-Gesetzes**

§ 8c des BSI-Gesetzes vom 14. August 2009 (BGBl. I S. 2821), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1324) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. die Gesellschaft für Telematik nach § 291a Absatz 7 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 291b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Betreiber von Diensten der Telematikinfrastruktur im Hinblick auf die nach § 291b Absatz 1a und 1e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Dienste und Betreiber von Diensten, soweit sie die Telematikinfrastruktur für nach § 291b Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestätigte Anwendungen nutzen,“.

- b) Die bisherigen Nummern 3 und 4 werden die Nummern 4 und 5.

2. Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. die Gesellschaft für Telematik nach § 291a Absatz 7 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 291b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Betreiber von Diensten der Telematikinfrastruktur im Hinblick auf die nach § 291b Absatz 1a und 1e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Dienste und Betreiber von Diensten, soweit sie die Telematikinfrastruktur für nach § 291b Absatz 1b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestätigte Anwendungen nutzen,“.

- b) Die bisherigen Nummern 3 und 4 werden die Nummern 4 und 5.

Artikel 3a**Änderung des Gesetzes
über die Ausübung der Zahnheilkunde**

Nach § 3 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225), das zuletzt durch Artikel 59 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, wird folgender § 3a eingefügt:

„§ 3a

(1) Zur Anpassung des Studiums der Zahnmedizin an die fachliche Weiterentwicklung der Zahnmedizin kann eine Hochschule bei der nach Landesrecht zuständigen Stelle die Zulassung eines Modellstudiengangs beantragen.

(2) Im Rahmen des Modellstudiengangs kann von den Vorgaben der Approbationsordnung für Zahnärzte dahingehend abgewichen werden, dass

1. als staatliche Prüfung nach § 2 Satz 1 Nummer 2 der Approbationsordnung für Zahnärzte lediglich die zahnärztliche Prüfung abzulegen ist und diese Prüfung frühestens nach einem Studium der Zahnheilkunde von zehn Semestern erfolgt,
2. in das in § 26 Absatz 4 Buchstabe b, § 28 Absatz 1 und 5 und § 61 Absatz 2 Buchstabe b und Absatz 3 Satz 1 der Approbationsordnung für Zahnärzte genannte Fach Zahnersatzkunde neben prothetischen Inhalten auch Inhalte der gesamten Zahnheilkunde aufgenommen werden und
3. der Nachweis nach § 36 Absatz 1 Buchstabe c der Approbationsordnung für Zahnärzte, dass der Kandidat je zwei Semester als Praktikant den Kursus und die Poliklinik der Zahnerhaltungskunde und den Kursus und die Poliklinik der Zahnersatzkunde regelmäßig und mit Erfolg besucht hat, durch den Nachweis ersetzt wird, dass der Kandidat vier Semester Zahnerhaltungs- und Zahnersatzkunde integrierende Behandlungskurse regelmäßig und mit Erfolg besucht hat.

(3) Die Zulassung als Modellstudiengang setzt voraus, dass

1. das Reformziel beschrieben wird und erkennen lässt, welche qualitativen Verbesserungen für die zahnmedizinische Ausbildung vom Modellstudiengang erwartet werden,
2. eine von der Hochschule zu erlassende besondere Studien- und Prüfungsordnung besteht,
3. sichergestellt ist, dass die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die in der naturwissenschaftlichen und in der zahnärztlichen Vorprüfung nach § 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a und b der Approbationsordnung für Zahnärzte nachzuweisen sind, im Modellstudiengang in einer dem Regelstudiengang gleichwertigen Weise geprüft werden und diese Prüfung spätestens vor der Teilnahme an dem Operationskursus und dem Kursus der kieferorthopädischen Behandlung nach § 36 Absatz 1 Buchstabe b der Approbationsordnung für Zahnärzte und vor dem Besuch der in Absatz 2 Nummer 3 genannten Lehrveranstaltungen erfolgt,

4. eine sachgerechte begleitende und abschließende Evaluation des Modellstudiengangs in Bezug auf die qualitativen Verbesserungen für die zahnmedizinische Ausbildung gewährleistet ist,
5. Mindest- und Höchstdauer der Laufzeit des Modellstudiengangs festgelegt sind und Verlängerungsanträge anhand von Evaluationsergebnissen zu begründen sind,
6. die Freiwilligkeit der Teilnahme und ein dem Regelstudiengang entsprechender gleichberechtigter Zugang zum Modellstudiengang gewährleistet sind,
7. die Voraussetzungen, unter denen die Hochschule den Modellstudiengang abbrechen kann, benannt sind,
8. geregelt ist, wie beim Übergang vom Modellstudiengang in den Regelstudiengang hinsichtlich des Weiterstudiums, der Anrechnung von Studienzeiten und Prüfungen und anderen Studienleistungen verfahren wird,
9. festgelegt ist, wie die Anforderungen, die in den §§ 14, 19 Absatz 3, § 21 Absatz 1 und 2, § 24 Absatz 1, § 26 Absatz 4 und den §§ 28 und 31 Absatz 2 der Approbationsordnung für Zahnärzte beschrieben sind, im Modellstudiengang erfüllt werden.

Liegt bei einem Modellstudiengang eine Abweichung nach Absatz 2 Nummer 2 vor, so müssen im Fach Zahnersatzkunde die Prüfungen nach Satz 1 Nummer 3 und 9 neben den prothetischen Inhalten auch die in der Lehre vermittelten Inhalte der gesamten Zahnheilkunde umfassen.

(4) Die Zulassung als Modellstudiengang kann befristet erteilt und mit Auflagen versehen werden.

(5) Für die Prüfungen im Modellstudiengang nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 und 9 gelten § 22 Absatz 5

und § 30 Absatz 2 der Approbationsordnung für Zahnärzte entsprechend. Hat der Studierende in einem Regelstudiengang die naturwissenschaftliche oder die zahnärztliche Vorprüfung nach § 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a und b der Approbationsordnung für Zahnärzte endgültig nicht bestanden, ist das Ablegen der entsprechenden Prüfungen nach Satz 1 im Modellstudiengang nicht zulässig. Hat der Studierende die entsprechenden Prüfungen nach Satz 1 im Modellstudiengang endgültig nicht bestanden, ist das Ablegen der naturwissenschaftlichen oder der zahnärztlichen Vorprüfung nach § 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a und b der Approbationsordnung für Zahnärzte nicht zulässig.

(6) Studierende des Modellstudiengangs haben dem Gesuch um Zulassung zur Abschlussprüfung die in § 19 Absatz 2 und 3 und § 26 Absatz 2 bis 4 der Approbationsordnung für Zahnärzte genannten Nachweise beizufügen.

(7) Die nach Landesrecht zuständige Stelle informiert das Bundesministerium für Gesundheit nach Erteilung der Zulassung eines Modellstudiengangs hierüber einschließlich der Angaben nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, 2, 3, 5 und 9 sowie über die Evaluationsergebnisse nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4, sobald diese vorliegen.“

Artikel 4

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 0 tritt am 1. Januar 2016 in Kraft.

(3) Die Artikel 1a, 1c und 1d treten am 1. Januar 2017 in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt. Es ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 21. Dezember 2015

Der Bundespräsident
Joachim Gauck

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Der Bundesminister für Gesundheit
Hermann Gröhe

gibt die zuständige Pflegekasse Auskunft über die in ihren Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b Absatz 2 getroffenen Festlegungen, insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen und der für die Versicherten entstehenden Kosten, und veröffentlicht diese Angaben auf einer eigenen Internetseite.“

d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) 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 eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie der Angebote für niedrigschwellige Betreuung und Entlastung nach § 45c, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll (Leistungs- und Preisvergleichsliste), unverzüglich und in geeigneter Form zu übermitteln. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Satz 1, aktualisieren diese einmal im Quartal und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite. Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel sowie die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote sowie zu den Kosten in einer Form zu enthalten, die einen regionalen Vergleich von Angeboten und Kosten und der regionalen Verfügbarkeit ermöglicht. Auf der Internetseite nach Satz 2 sind auch die nach § 115 Absatz 1a veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und die nach § 115 Absatz 1b veröffentlichten Informationen zu berücksichtigen. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Buch und zur Veröffentlichung nach Absatz 2 Satz 4 und 5 vom Landesverband der Pflegekassen durch elektronische Datenübertragung zur Verfügung zu stellen.“

e) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Im Einvernehmen mit den zuständigen obersten Landesbehörden vereinbaren die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam mit den nach Landesrecht zuständigen Stellen für die Anerkennung der Angebote für niedrigschwellige Betreuung und Entlastung nach den Vorschriften dieses Buches das Nähere zur Übermittlung von Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote, Kosten und regionaler Verfügbarkeit dieser Angebote einschließlich der Finanzierung des Verfahrens für die Übermittlung. Träger weiterer Angebote, in denen Leistungen zur medizinischen Vor-

sorge und Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leben in der Gemeinschaft, zur schulischen Ausbildung oder Erziehung kranker oder behinderter Kinder, zur Alltagsunterstützung und zum Wohnen im Vordergrund stehen, können an Vereinbarungen nach Satz 1 beteiligt werden, falls sie insbesondere die Angaben nach Satz 1 im Wege der von den Parteien nach Satz 1 vorgesehenen Form der elektronischen Datenübertragung unentgeltlich bereitstellen. Dazu gehören auch Angebote der Träger von Leistungen der Eingliederungshilfe, soweit diese in der vorgesehenen Form der elektronischen Datenübermittlung kostenfrei bereitgestellt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen für einen bundesweit einheitlichen technischen Standard zur elektronischen Datenübermittlung ab. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung der Länder.“

4. § 7a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „ab dem 1. Januar 2009“ gestrichen und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „Anspruchsberechtigten soll durch die Pflegekassen vor der erstmaligen Beratung unverzüglich ein zuständiger Pflegeberater, eine zuständige Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle benannt werden“ eingefügt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Für das Verfahren, die Durchführung und die Inhalte der Pflegeberatung sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a maßgeblich.“

cc) Der bisherige Satz 2 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 1 wird das Wort „Feststellungen“ durch das Wort „Ergebnisse“ ersetzt und werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „sowie, wenn die nach Satz 1 anspruchsberechtigte Person zustimmt, die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3“ eingefügt.

bbb) In Nummer 4 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt.

ccc) In Nummer 5 wird der Punkt am Ende durch das Wort „sowie“ ersetzt.

ddd) Folgende Nummer 6 wird angefügt:

„6. über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.“

dd) Im bisherigen Satz 3 werden nach dem Wort „Versorgungsplan“ die Wörter „wird nach Maßgabe der Richtlinien nach § 17 Absatz 1a erstellt und umgesetzt; er“ eingefügt und wird die Angabe „Satz 2 Nr. 3“ durch die Wörter „Satz 3 Nummer 3“ ersetzt.

- ee) Der bisherige Satz 9 wird aufgehoben.
- ff) In Satz 10 wird die Angabe „§ 92c“ durch die Angabe „§ 7c“ ersetzt.
- b) Absatz 2 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
- „Auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. Sie erfolgt auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der diese Person lebt.“
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:
- „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt unter Beteiligung der in § 17 Absatz 1a Satz 2 genannten Parteien bis zum 31. Juli 2018 Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern ab.“
- bb) Satz 4 wird aufgehoben.
- d) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „bis zum 31. Oktober 2008“ gestrichen.
- e) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:
- „(7) Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den nach Landesrecht bestimmten Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der Altenhilfe und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge über die Zusammenarbeit in der Beratung. Zu den Verträgen nach Satz 1 sind die Verbände der Träger weiterer nicht gewerblicher Beratungsstellen auf Landesebene anzuhören, die für die Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen von Bedeutung sind.“
- f) Die folgenden Absätze 8 und 9 werden angefügt:
- „(8) Die Pflegekassen können sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben nach diesem Buch aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsaufgaben anderer Träger beteiligen; die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung sind zu gewährleisten.“
- „(9) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre, erstmals zum 30. Juni 2020, einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vor über
1. die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen nach den Absätzen 1 bis 4, 7 und 8, § 7b Absatz 1 und 2 und § 7c und
 2. die Durchführung, Ergebnisse und Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslich-

keit sowie die Fortentwicklung der Beratungsstrukturen nach § 37 Absatz 3 bis 8.

Er kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.“

5. § 7b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden im Satzteil vor der Aufzählung nach dem Wort „Buch“ die Wörter „sowie weiterer Anträge auf Leistungen nach § 18 Absatz 3, den §§ 36 bis 38, 41 bis 43, 44a, 45, 87a Absatz 2 Satz 1 und § 115 Absatz 4“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „den §§ 7 und 7a“ durch die Angabe „§ 7a“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „den §§ 7 und 7a“ durch die Angabe „§ 7a“ ersetzt.

c) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „den §§ 7 und 7a“ durch die Angabe „§ 7a“ ersetzt.

6. Nach § 7b wird folgender § 7c eingefügt:

„§ 7c

Pflegestützpunkte

(1) Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten richten die Pflegekassen und Krankenkassen Pflegestützpunkte ein, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. Die Einrichtung muss innerhalb von sechs Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde erfolgen. Kommen die hierfür erforderlichen Verträge nicht innerhalb von drei Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines weiteren Monats den Inhalt der Verträge festzulegen; hierbei haben sie auch die Interessen der Ersatzkassen und der Landesverbände der Krankenkassen wahrzunehmen. Hinsichtlich der Mehrheitsverhältnisse bei der Beschlussfassung ist § 81 Absatz 1 Satz 2 entsprechend anzuwenden. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörden zur Einrichtung von Pflegestützpunkten haben keine aufschiebende Wirkung.

(2) Aufgaben der Pflegestützpunkte sind

1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote,
2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,
3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

Auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen ist zurückzugreifen. Die Pflegekassen haben jederzeit darauf hinzuwirken, dass sich insbesondere die

1. nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch,
2. im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen,
3. im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung

an den Pflegestützpunkten beteiligen. Die Krankenkassen haben sich an den Pflegestützpunkten zu beteiligen. Träger der Pflegestützpunkte sind die beteiligten Kosten- und Leistungsträger. Die Träger

1. sollen Pflegefachkräfte in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einbinden,
2. haben nach Möglichkeit Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einzubinden,
3. sollen interessierten kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen die Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglichen,
4. können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben dritter Stellen bedienen,
5. sollen im Hinblick auf die Vermittlung und Qualifizierung von für die Pflege und Betreuung geeigneten Kräften eng mit dem Träger der Arbeitsförderung nach dem Dritten Buch und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem Zweiten Buch zusammenarbeiten.

(3) Die an den Pflegestützpunkten beteiligten Kostenträger und Leistungserbringer können für das Einzugsgebiet der Pflegestützpunkte Verträge zur wohnortnahen integrierten Versorgung schließen; insoweit ist § 92b mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, dass die Pflege- und Krankenkassen gemeinsam und einheitlich handeln.

(4) Der Pflegestützpunkt kann bei einer im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtung errichtet werden, wenn dies nicht zu einer unzulässigen Beeinträchtigung des Wettbewerbs zwischen den Pflegeeinrichtungen führt. Die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen werden von den Trägern der Pflegestützpunkte unter Berücksichtigung der anrechnungsfähigen Aufwendungen für das eingesetzte Personal auf der Grundlage einer vertraglichen Vereinbarung anteilig getragen. Die Verteilung der für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen wird mit der Maßgabe vereinbart, dass der auf eine einzelne Pflegekasse entfallende Anteil nicht höher sein darf als der von der Krankenkasse, bei der sie errichtet ist, zu tragende Anteil. Soweit sich private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, nicht an der Finanzierung der Pflegestützpunkte beteiligen, haben sie

mit den Trägern der Pflegestützpunkte über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme der Pflegestützpunkte durch privat Pflege-Pflichtversicherte sowie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen Vereinbarungen zu treffen; dies gilt für private Versicherungsunternehmen, die die private Krankenversicherung durchführen, entsprechend.

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

1. nach Landesrecht für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu bestimmende Stellen,
2. Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung,
3. Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77,
4. Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sowie
5. Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende,

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

(6) Die Landesverbände der Pflegekassen können mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte vereinbaren. Die von der zuständigen obersten Landesbehörde getroffene Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sowie die Empfehlungen nach Absatz 7 sind hierbei zu berücksichtigen. Die Rahmenverträge sind bei der Arbeit und der Finanzierung von Pflegestützpunkten in der gemeinsamen Trägerschaft der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die Altenhilfe und für die Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu beachten.

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände können gemeinsam und einheitlich Empfehlungen zur Arbeit und zur Finanzierung von Pflegestützpunkten in der gemeinsamen Trägerschaft der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Alten- und Sozialhilfe vereinbaren.“

7. Dem § 8 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Aus den Mitteln nach Absatz 3 ist ebenfalls die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle

nach § 113b Absatz 6 und der wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Absatz 4 sicherzustellen. Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. als Mitglied im Qualitätsausschuss nach § 113b vertreten ist, beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, mit einem Anteil von 10 Prozent an den Aufwendungen nach Satz 1. Aus den Mitteln nach Absatz 3 ist zudem die Finanzierung der Aufgaben nach § 113c sicherzustellen. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 10 Prozent an diesen Aufwendungen. Der Finanzierungsanteil nach den Sätzen 2 und 4, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.“

8. Nach § 8 wird folgender § 8a eingefügt:

„§ 8a

Landespflegeausschüsse

Für jedes Land oder für Teile des Landes wird zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung ein Landespflegeausschuss gebildet. Der Ausschuss kann zur Umsetzung der Pflegeversicherung einvernehmlich Empfehlungen abgeben. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu den Landespflegeausschüssen zu bestimmen; insbesondere können sie die den Landespflegeausschüssen angehörenden Organisationen unter Berücksichtigung der Interessen aller an der Pflege im Land Beteiligten berufen.“

9. In § 12 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 92c“ durch die Angabe „§ 7c“ ersetzt.
10. In § 13 Absatz 5 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies gilt nicht für das Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 44a Absatz 3“ eingefügt.
11. § 17 wird wie folgt geändert:

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

„(1a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bis zum 31. Juli 2018 Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a, die für die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen, der Beratungsstellen nach § 7b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie der Pflegestützpunkte nach § 7c unmittelbar verbindlich sind (Pflegeberatungs-Richtlinien). An den Richtlinien nach Satz 1 sind die Länder, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen

auf Bundesebene zu beteiligen. Den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, unabhängigen Sachverständigen sowie den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie ihrer Angehörigen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

- b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 1“ durch die Wörter „den Absätzen 1 und 1a“ ersetzt.
12. § 17a Absatz 4 Satz 1 bis 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Eine Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 1 wird frühestens am 1. Januar 2017 wirksam. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden.“

13. § 18 wird wie folgt geändert:

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

„Eine Prüfung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a vorliegt, erfolgt auch bei Versicherten, die in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden.“

- b) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a bis 2c eingefügt:

„(2a) Bei pflegebedürftigen Versicherten werden vom 1. Juli 2016 bis zum 31. Dezember 2016 keine Wiederholungsbegutachtungen nach Absatz 2 Satz 5 durchgeführt, auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder anderen unabhängigen Gutachtern empfohlen wurde. Abweichend von Satz 1 können Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden, wenn eine Verringerung des Hilfebedarfs, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen, zu erwarten ist.

(2b) Die Frist nach Absatz 3 Satz 2 ist vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2016 unbeachtlich. Abweichend davon ist einem Antragsteller, der ab dem 1. November 2016 einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt und bei dem ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen berichten in der nach Absatz 3b Satz 4 zu veröffentlichenden Statistik auch über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.

(2c) Abweichend von Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 ist die Pflegekasse vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2016 nur bei Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs gemäß Absatz 2b dazu verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.“

- c) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „fünf Wochen“ durch die Angabe „25 Arbeitstage“ ersetzt.
 - d) In Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 werden die Wörter „vier Wochen“ durch die Angabe „20 Arbeitstage“ ersetzt.
 - e) In Absatz 3b Satz 1 werden die Wörter „fünf Wochen“ durch die Angabe „25 Arbeitstage“ ersetzt.
 - f) In Absatz 6 Satz 3 werden nach dem Wort „Gutachter“ die Wörter „auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zu treffen und“ eingefügt.
14. In § 18a Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2015“ durch die Angabe „2018“ ersetzt und werden nach dem Wort „über“ die Wörter „die Anwendung eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung und“ eingefügt.
15. Nach § 18b wird folgender § 18c eingefügt:

„§ 18c

Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Begleitgremium ein, das die Vorbereitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14, 15 und 18 Absatz 5a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mit pflegefachlicher und wissenschaftlicher Kompetenz unterstützt. Aufgabe des Begleitgremiums ist, das Bundesministerium für Gesundheit bei der Klärung fachlicher Fragen zu beraten und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bei der Vorbereitung der Umstellung zu unterstützen. Dem Begleitgremium wird ab dem 1. Januar 2017 zusätzlich die Aufgabe übertragen, das Bundesministerium für Gesundheit bei der Klärung fachlicher Fragen zu beraten, die nach der Umstellung im Zuge der Umsetzung auftreten.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt eine begleitende wissenschaftliche Evaluation insbesondere zu Maßnahmen und Ergebnissen der Vorbereitung und der Umsetzung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14, 15 und 18 Absatz 5a in der ab dem 1. Januar 2017 gel-

tenden Fassung. Die Auftragserteilung erfolgt im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, soweit Auswirkungen auf andere Sozialleistungssysteme aus dem Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales untersucht werden. Im Rahmen der Evaluation sind insbesondere Erfahrungen und Auswirkungen hinsichtlich der folgenden Aspekte zu untersuchen:

1. Leistungsentscheidungsverfahren und Leistungsentscheidungen bei Pflegekassen und Medizinischen Diensten, beispielsweise Bearbeitungsfristen und Übermittlung von Ergebnissen;
 2. Umsetzung der Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren;
 3. Leistungsentscheidungsverfahren und Leistungsentscheidungen anderer Sozialleistungsträger, soweit diese pflegebedürftige Personen betreffen;
 4. Umgang mit dem neuen Begutachtungsinstrument bei pflegebedürftigen Antragstellern, beispielsweise Antragsverhalten und Informationsstand;
 5. Entwicklung der ambulanten Pflegevergütungen und der stationären Pflegesätze einschließlich der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile;
 6. Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, den pflegefachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und in der stationären Pflege unter Berücksichtigung unterschiedlicher Gruppen von Pflegebedürftigen und Versorgungskonstellationen einschließlich derjenigen von pflegebedürftigen Personen, die im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen versorgt werden.
- Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist bis zum 1. Januar 2020 zu veröffentlichen. Dem Bundesministerium für Gesundheit sind auf Verlangen Zwischenberichte vorzulegen.“
16. In § 30 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2020“ ersetzt.
17. § 33 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
„Anspruch auf Leistungen besteht, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied versichert oder nach § 25 familienversichert war.“
18. § 37 Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.“
19. § 38 Satz 4 wird wie folgt gefasst:
„Anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt.“

20. § 39 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Aufwendungen der Pflegekasse können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1 612 Euro belaufen, wenn die Ersatzpflege durch andere Pflegepersonen sichergestellt wird als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.“

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 auf insgesamt bis zu 2 418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet.“

c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3 und wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu sechs Wochen nicht überschreiten. Wird die Ersatzpflege von den in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, können sich die Aufwendungen der Pflegekasse abweichend von Satz 1 auf den Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 belaufen; Absatz 2 findet Anwendung.“

bb) Der neue Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 1 und 3 dürfen zusammen den Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 nicht übersteigen; Absatz 2 findet Anwendung.“

d) Der bisherige Absatz 3 wird aufgehoben.

21. § 42 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Wort „vier“ durch das Wort „acht“ ersetzt.

b) Satz 4 wird aufgehoben.

22. § 44a Absatz 7 Satz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 6 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.

b) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.

c) Folgende Nummer 8 wird angefügt:

„8. Name und Anschrift der Krankenkasse oder des privaten Krankenversicherungsunternehmens.“

23. § 45 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „Die Pflegekassen sollen für Angehörige und sonstige an einer

ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten“ durch die Wörter „Die Pflegekassen haben für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen“ ersetzt.

b) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. § 114a Absatz 3a gilt entsprechend.“

23a. Nach § 46 Absatz 2 Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„In den Fällen des Satzes 4 kann auch ein gemeinsamer Widerspruchsbescheid erlassen werden; Satz 5 gilt entsprechend.“

24. Die Überschrift des Vierten Abschnitts des Achten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Vierter Abschnitt

Kostenerstattung, Pflegeheimvergleich“.

25. § 92 wird aufgehoben.

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

„Fünfter Abschnitt

Integrierte Versorgung“.

27. § 92c wird durch folgenden Sechsten Abschnitt des Achten Kapitels ersetzt:

„Sechster Abschnitt

Übergangsregelung für die stationäre Pflege

§ 92c

Neuverhandlung der Pflegesätze

Die ab dem 1. Januar 2016 geltenden Pflegesatzvereinbarungen der zugelassenen Pflegeheime gelten bis zum 31. Dezember 2016 weiter. Gleiches gilt für Pflegesatzvereinbarungen, die neu auf Grundlage des § 84 Absatz 2 in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung abgeschlossen werden. Für den vorgesehenen Übergang ab dem 1. Januar 2017 sind von den Vereinbarungspartnern nach § 85 für die Pflegeheime neue Pflegesätze im Hinblick auf die neuen fünf Pflegegrade zu vereinbaren. Davon ausgehend sind in der vollstationären Pflege für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln. Dabei kann insbesondere die Pflegesatzkommission nach § 86 das Nähere für ein vereinfachtes Verfahren unter Einbezug eines angemessenen Zuschlags für die voraussichtlichen Kostensteigerungsraten bestimmen. § 85 Absatz 3 bis 7 gilt entsprechend.

§ 92d

Alternative Überleitung der Pflegesätze

Sofern bis zu drei Monate vor dem 1. Januar 2017 für das Pflegeheim keine neue Vereinbarung nach § 92c geschlossen wurde, werden die vereinbarten Pflegesätze durch übergeleitete Pflegesätze abgelöst, die nach § 92e zu ermitteln sind.

§ 92e

Verfahren für die Umrechnung

(1) Grundlage für die Ermittlung der ab dem 1. Januar 2017 zu zahlenden Pflegesätze nach § 92d ist der Gesamtbetrag der Pflegesätze, die dem Pflegeheim am 30. September 2016 zustehen, hochgerechnet auf einen Kalendermonat für Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Bewohner ohne Pflegestufe, aber mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.

(2) Der Gesamtbetrag nach Absatz 1 ist in die Pflegegrade 2 bis 5 umzurechnen. Die übergeleiteten Pflegesätze ergeben sich als Summe aus dem Leistungsbetrag nach § 43 und dem in allen Pflegegraden gleich hohen Eigenanteil (Zuzahlungsbetrag). Der einheitliche Eigenanteil ermittelt sich dann wie folgt:

$$EA = (\sum PS - PBPG2 \times LBPG2 - PBPG3 \times LBPG3 - PBPG4 \times LBPG4 - PBPG5 \times LBPG5) \text{ dividiert durch } PB (PG2 - PG5).$$

Dabei sind:

1. EA = der ab dem Tag der Umstellung geltende einheitliche Eigenanteil,
2. $\sum PS$ = Gesamtbetrag der Pflegesätze (PS) nach Absatz 1,
3. PBPG2 = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 entsprechend der Überleitungsvorschrift des § 140 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung am 30. September 2016,
4. PBPG3 = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 3 entsprechend der Überleitungsvorschrift des § 140 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung am 30. September 2016,
5. PBPG4 = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 4 entsprechend der Überleitungsvorschrift des § 140 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung am 30. September 2016,
6. PBPG5 = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 5 entsprechend der Überleitungsvorschrift des § 140 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung am 30. September 2016,
7. $PB (PG2 - PG5)$ = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 bis 5 entsprechend der Überleitungsvorschrift des § 140 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung am 30. September 2016,
8. LBPG2 = vollstationärer Leistungsbetrag in Pflegegrad 2,
9. LBPG3 = vollstationärer Leistungsbetrag in Pflegegrad 3,
10. LBPG4 = vollstationärer Leistungsbetrag in Pflegegrad 4 sowie
11. LBPG5 = vollstationärer Leistungsbetrag in Pflegegrad 5.

(3) Für den teilstationären Bereich ergeben sich abweichend von Absatz 2 die übergeleiteten Pflegesätze wie folgt:

$$PSPG2 = \sum PS \text{ dividiert durch } (PBPG2 + PBPG3 \times 1,2 + PBPG4 \times 1,4 + PBPG5 \times 1,5).$$

Dabei ist:

PSPG2 = der teilstationäre Pflegesatz in Pflegegrad 2.

Es gilt:

1. der Pflegesatz in Pflegegrad 3 entspricht dem 1,2-Fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2,
2. der Pflegesatz in Pflegegrad 4 entspricht dem 1,4-Fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2,
3. der Pflegesatz in Pflegegrad 5 entspricht dem 1,5-Fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2.

(4) Der Pflegesatz für den Pflegegrad 1 beträgt bis zur Ablösung durch eine neue Pflegesatzvereinbarung 78 Prozent des Pflegesatzes für den Pflegegrad 2.

§ 92f

Pflichten der Beteiligten

(1) Das Pflegeheim teilt den nach § 85 Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern bis spätestens zum 31. Oktober 2016 die von ihm nach § 92e Absatz 2 bis 4 ermittelten Pflegesätze in den Pflegegraden 1 bis 5 zusammen mit folgenden Angaben mit:

1. die bisherigen Pflegesätze,
2. die Aufteilung der maßgeblichen Heimbewohnerzahl entsprechend ihrer bisherigen Einstufung und der Angabe zum Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz sowie
3. den Stichtagsbetrag nach § 92e Absatz 1.

Diese Angaben sind durch geeignete Unterlagen zu belegen. Es genügt die Mitteilung an eine als Vertragspartei beteiligte Pflegekasse; diese stellt die unverzügliche Weiterleitung der Mitteilung an die übrigen als Vertragsparteien beteiligten Kostenträger sowie an die Landesverbände der Pflegekassen sicher.

(2) Über Beanstandungen der von dem Pflegeheim nach Absatz 1 übermittelten Angaben befinden die Parteien nach § 85 Absatz 2 unverzüglich mit Mehrheit. Sofern an die Pflegekassen als Vertragspartei keine Mitteilung innerhalb der Frist erfolgt, sind diese zu einer Schätzung berechtigt und informieren darüber unverzüglich das Pflegeheim.

(3) Abweichend von § 9 Absatz 2 des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes sind die Heimbewohner vom Pflegeheim spätestens bis zum 30. November 2016 über die danach geltenden Pflegesätze nach § 92e, bei vollstationärer Pflege einschließlich des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils, schriftlich zu informieren. Auf den Bestandsschutz nach § 141 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung ist hinzuweisen.“

28. § 94 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 7 wird das Wort „Beratung“ durch die Wörter „Aufklärung und Auskunft“ ersetzt und werden nach dem Wort „Pflege“ die Wörter „sowie über deren Erbringer“ eingefügt.
- b) In Nummer 8 wird die Angabe „(§ 92c)“ durch die Angabe „(§ 7c)“ ersetzt.

29. Nach § 95 Absatz 1 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. die Information über die Erbringer von Leistungen der Prävention, Teilhabe sowie von Leistungen und Hilfen zur Pflege (§ 7),“.

30. In § 97 Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „§§ 18,“ die Angabe „38a,“ eingefügt.

31. In § 108 Satz 1 werden die Wörter „im jeweils letzten Geschäftsjahr“ durch die Wörter „in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor Antragstellung“ ersetzt.

32. § 113 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Bundesvereinigung der“ gestrichen, werden nach den Wörtern „kommunalen Spitzenverbänden“ die Wörter „auf Bundesebene“ eingefügt, werden die Wörter „bis zum 31. März 2009 gemeinsam und einheitlich“ gestrichen, werden nach den Wörtern „behinderten Menschen“ die Wörter „nach Maßgabe von § 118“ eingefügt und werden die Wörter „Qualität und die Qualitätssicherung“ durch die Wörter „Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung“ ersetzt.

- bb) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„In den Vereinbarungen sind insbesondere auch Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation zu regeln. Die Anforderungen dürfen über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen und sollen den Aufwand für Pflegedokumentation in ein angemessenes Verhältnis zu den Aufgaben der pflegerischen Versorgung setzen. Die Maßstäbe und Grundsätze für die stationäre Pflege sind bis zum 30. Juni 2017, die Maßstäbe und Grundsätze für die ambulante Pflege bis zum 30. Juni 2018 zu vereinbaren. Sie sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Soweit sich in den Pflegeeinrichtungen zeitliche Einsparungen ergeben, die Ergebnis der Weiterentwicklung der Pflegedokumentation auf Grundlage des pflegefachlichen Fortschritts durch neue, den Anforderungen nach Satz 3 entsprechende Pflegedokumentationsmodelle sind, führen diese nicht zu einer Absenkung der Pflegevergütung, sondern wirken der Arbeitsverdichtung entgegen.“

- cc) Der neue Satz 9 wird aufgehoben.

- b) Nach Absatz 1 werden die folgenden Absätze 1a und 1b eingefügt:

„(1a) In den Maßstäben und Grundsätzen für die stationäre Pflege nach Absatz 1 ist insbesondere das indikatorengestützte 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, zu beschreiben. Insbesondere sind die Indikatoren, das Datenerhebungsinstrument sowie die bundesweiten Verfahren für die Übermittlung, Auswertung und Bewertung der Daten sowie die von Externen durchzuführende Prüfung der Daten festzulegen. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten, insbesondere sind personenbezogene Daten von Versicherten vor der Übermittlung an die fachlich unabhängige Institution nach Absatz 1b zu pseudonymisieren. Eine Wiederherstellung des Personenbezugs durch die fachlich unabhängige Institution nach Absatz 1b ist ausgeschlossen. Ein Datenschutzkonzept ist mit den zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörden abzustimmen. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit beschließen die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 unverzüglich die Vergabe der Aufträge nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und 2.

(1b) Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution, die entsprechend den Festlegungen nach Absatz 1a erhobenen Daten zusammenzuführen sowie leistungserbringerbeziehbar und fallbeziehbar nach Maßgabe von Absatz 1a auszuwerten. Zum Zweck der Prüfung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach den §§ 114 und 114a sowie zum Zweck der Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a leitet die beauftragte Institution die Ergebnisse der nach Absatz 1a ausgewerteten Daten an die Landesverbände der Pflegekassen und die von ihnen beauftragten Prüfinstitutionen und Sachverständigen weiter; diese dürfen die übermittelten Daten zu den genannten Zwecken verarbeiten und nutzen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 vereinbaren diesbezüglich entsprechende Verfahren zur Weiterleitung der Daten. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind jeweils zu beachten.“

- c) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die am 1. Januar 2016 bestehenden Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege gelten bis zum Abschluss der Vereinbarungen nach Absatz 1 fort.“

- d) Absatz 3 wird aufgehoben.

33. § 113a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 wird das Komma und werden die Wörter „die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene“ gestrichen.

- bb) In Satz 5 werden nach dem Wort „Sie“ die Wörter „und die nach § 118 zu beteiligten Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen“ eingefügt.
 - cc) Die Sätze 7 und 8 werden aufgehoben.
 - b) Absatz 2 Satz 5 wird aufgehoben.
34. § 113b wird wie folgt gefasst:

„§ 113b

Qualitätsausschuss

(1) Die von den Vertragsparteien nach § 113 im Jahr 2008 eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung entscheidet als Qualitätsausschuss nach Maßgabe der Absätze 2 bis 8. Die Vertragsparteien nach § 113 treffen die Vereinbarungen und erlassen die Beschlüsse nach § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, den §§ 113, 113a, 115 Absatz 1a und § 115a Absatz 1 und 2 durch diesen Qualitätsausschuss.

(2) Der Qualitätsausschuss besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (Leistungsträger) und aus Vertretern der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (Leistungserbringer) in gleicher Zahl; Leistungsträger und Leistungserbringer können jeweils höchstens zehn Mitglieder entsenden. Dem Qualitätsausschuss gehören auch ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene an; sie werden auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. Dem Qualitätsausschuss kann auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. angehören; die Entscheidung hierüber obliegt dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. ein Mitglied entsendet, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. Dem Qualitätsausschuss soll auch ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe angehören; er wird auf die Zahl der Leistungserbringer angerechnet. Eine Organisation kann nicht gleichzeitig der Leistungsträgerseite und der Leistungserbringerseite zugerechnet werden. Jedes Mitglied erhält eine Stimme; die Stimmen sind gleich zu gewichten. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wirkt in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, beratend mit. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, nach Maßgabe von § 118 beratend mit.

(3) Kommt im Qualitätsausschuss eine Vereinbarung oder ein Beschluss nach Absatz 1 Satz 2 ganz oder teilweise nicht durch einvernehmliche Einigung zustande, so wird der Qualitätsausschuss auf Verlangen von mindestens einer Ver-

tragspartei nach § 113, eines Mitglieds des Qualitätsausschusses oder des Bundesministeriums für Gesundheit um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (erweiterter Qualitätsausschuss). Sofern die Organisationen, die Mitglieder in den Qualitätsausschuss entsenden, nicht bis zum 31. März 2016 die Mitglieder nach Maßgabe von Absatz 2 Satz 1 benannt haben, wird der Qualitätsausschuss durch die drei unparteiischen Mitglieder gebildet. Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter führen ihr Amt als Ehrenamt. Der unparteiische Vorsitzende wird vom Bundesministerium für Gesundheit benannt; der Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam benannt. Mitglieder des Qualitätsausschusses können nicht als Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benannt werden. Kommt eine Einigung über die Benennung der unparteiischen Mitglieder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Der erweiterte Qualitätsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Inhalt der Vereinbarungen oder der Beschlüsse der Vertragsparteien nach § 113 fest. Die Festsetzungen des erweiterten Qualitätsausschusses haben die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung oder Beschlussfassung im Sinne von § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, von den §§ 113, 113a und 115 Absatz 1a.

(4) Die Vertragsparteien nach § 113 beauftragen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch den Qualitätsausschuss mit Unterstützung der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Diese wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständigen werden beauftragt, insbesondere

1. bis zum 31. März 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der Leistungen, die von den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden, und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege zu entwickeln, wobei
 - a) insbesondere die 2011 vorgelegten Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ und die Ergebnisse der dazu durchgeführten Umsetzungsprojekte einzubeziehen sind und
 - b) Aspekte der Prozess- und Strukturqualität zu berücksichtigen sind;
2. bis zum 31. März 2017 auf der Grundlage der Ergebnisse nach Nummer 1 unter Beachtung

des Prinzips der Datensparsamkeit ein bundesweites Datenerhebungsinstrument, bundesweite Verfahren für die Übermittlung und Auswertung der Daten einschließlich einer Bewertungssystematik sowie für die von Externen durchzuführende Prüfung der Daten zu entwickeln;

3. bis zum 30. Juni 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege zu entwickeln, eine anschließende Pilotierung durchzuführen und einen Abschlussbericht bis zum 31. März 2018 vorzulegen;
4. ergänzende Instrumente für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität zu entwickeln;
5. die Umsetzung der nach den Nummern 1 bis 3 entwickelten Verfahren zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung wissenschaftlich zu evaluieren und den Vertragsparteien nach § 113 Vorschläge zur Anpassung der Verfahren an den neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu unterbreiten sowie
6. ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln.

Das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit können den Vertragsparteien nach § 113 weitere Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorschlagen.

(5) Die Finanzierung der Aufträge nach Absatz 4 erfolgt aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4. Bei der Bearbeitung der Aufträge nach Absatz 4 Satz 2 ist zu gewährleisten, dass die Arbeitsergebnisse umsetzbar sind. Der jeweilige Auftragnehmer hat darzulegen, zu welchen finanziellen Auswirkungen die Umsetzung der Arbeitsergebnisse führen wird. Den Arbeitsergebnissen ist diesbezüglich eine Praktikabilitäts- und Kostenanalyse beizufügen. Die Ergebnisse der Arbeiten nach Absatz 4 Satz 2 sind dem Bundesministerium für Gesundheit zur Kenntnisnahme vor der Veröffentlichung vorzulegen.

(6) Die Vertragsparteien nach § 113 richten gemeinsam bis zum 31. März 2016 eine unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses für die Dauer von fünf Jahren ein. Die Geschäftsstelle nimmt auch die Aufgaben einer wissenschaftlichen Beratungs- und Koordinierungsstelle wahr. Sie soll insbesondere den Qualitätsausschuss und seine Mitglieder fachwissenschaftlich beraten, die Auftragsverfahren nach Absatz 4 koordinieren und die wissenschaftlichen Arbeitsergebnisse für die Entscheidungen im Qualitätsausschuss aufbereiten. Näheres zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der qualifizierten Geschäftsstelle regeln die Vertragsparteien nach § 113 in der Geschäftsordnung nach Absatz 7.

(7) Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren in einer Geschäftsordnung mit dem Verband der

privaten Krankenversicherung e. V., mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und mit den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen das Nähere zur Arbeitsweise des Qualitätsausschusses, insbesondere

1. zur Benennung der Mitglieder und der unparteiischen Mitglieder,
2. zur Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung für den Zeitaufwand der unparteiischen Mitglieder,
3. zum Vorsitz,
4. zu den Beschlussverfahren,
5. zur Errichtung einer qualifizierten Geschäftsstelle auch mit der Aufgabe als wissenschaftliche Beratungs- und Koordinierungsstelle nach Absatz 6,
6. zur Sicherstellung der jeweiligen Auftragserteilung nach Absatz 4,
7. zur Einbeziehung weiterer Sachverständiger oder Gutachter,
8. zur Bildung von Arbeitsgruppen,
9. zur Gewährleistung der Beteiligungs- und Mitberatungsrechte nach diesem Gesetz sowie
10. zur Verteilung der Kosten für die Entschädigung der unparteiischen Mitglieder und der einbezogenen weiteren Sachverständigen und Gutachter.

Die Geschäftsordnung und die Änderung der Geschäftsordnung sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Kommt die Geschäftsordnung nicht bis zum 29. Februar 2016 zustande, wird ihr Inhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bestimmt.

(8) Die durch den Qualitätsausschuss getroffenen Entscheidungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Es kann die Entscheidungen innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Prüfung vom Qualitätsausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Nichtbeanstandung von Entscheidungen kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. Kommen Entscheidungen des Qualitätsausschusses ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit den Inhalt der Vereinbarungen und der Beschlüsse nach Absatz 1 Satz 2 festsetzen. Bei den Verfahren nach den Sätzen 1 bis 6 setzt sich das Bundesministerium für Ge-

sundheit mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ins Benehmen.“

35. Nach § 113b wird folgender § 113c eingefügt:

„§ 113c

Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen

(1) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicher. Die Entwicklung und Erprobung ist bis zum 30. Juni 2020 abzuschließen. Es ist ein strukturiertes, empirisch abgesichertes und valides Verfahren für die Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen auf der Basis des durchschnittlichen Versorgungsaufwands für direkte und indirekte pflegerische Maßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung unter Berücksichtigung der fachlichen Ziele und Konzeption des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erstellen. Hierzu sind einheitliche Maßstäbe zu ermitteln, die insbesondere Qualifikationsanforderungen, quantitative Bedarfe und die fachliche Angemessenheit der Maßnahmen berücksichtigen. Die Vertragsparteien beauftragen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Hierbei sollen die Vertragsparteien von der unabhängigen qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 unterstützt werden.

(2) Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene und die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen sind zu beteiligen. Für die Arbeitsweise der Vertragsparteien soll im Übrigen die Geschäftsordnung nach § 113b Absatz 7 entsprechende Anwendung finden.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter Beteiligung der Vertragsparteien nach § 113 unverzüglich in einem Zeitplan konkrete Zeitziele für die Entwicklung, Erprobung und die Auftragsvergabe fest. Die Vertragsparteien nach § 113 sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen unverzüglich Auskunft über den Bearbeitungsstand der Entwicklung, Erprobung und der Auftragsvergabe sowie über Problembereiche und mögliche Lösungen zu geben.

(4) Wird ein Zeitziel nach Absatz 3 nicht fristgerecht erreicht und ist deshalb die fristgerechte Entwicklung, Erprobung oder Auftragsvergabe gefährdet, kann das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einzelne Verfahrensschritte im Wege der Ersatzvornahme selbst durchführen. Haben die Vertragsparteien

nach § 113 sich bis zum 31. Dezember 2016 nicht über die Beauftragung gemäß Absatz 1 Satz 2 geeinigt, bestimmen das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend innerhalb von vier Monaten das Verfahren und die Inhalte der Beauftragung.“

36. § 114 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Sie umfasst auch die Abrechnung der genannten Leistungen.“

- b) In Absatz 3 Satz 3 Nummer 3 wird das Komma und werden die Wörter „insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität,“ gestrichen.

- c) Absatz 4 wird aufgehoben.

- d) Absatz 5 wird Absatz 4 und wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 werden die Wörter „auf Kosten der Pflegeeinrichtung“ gestrichen.

bb) Die Sätze 5 bis 7 werden aufgehoben.

37. § 114a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 3 wird nach dem Wort „sind“ das Wort „grundsätzlich“ eingefügt und wird nach dem Wort „anzukündigen“ ein Semikolon und werden die Wörter „Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen“ eingefügt.

- b) Dem Absatz 3a werden die folgenden Sätze angefügt:

„Ist ein Berechtigter nicht am Ort einer unangemeldeten Prüfung anwesend und ist eine rechtzeitige Einholung der Einwilligung in Textform nicht möglich, so genügt ausnahmsweise eine mündliche Einwilligung, wenn andernfalls die Durchführung der Prüfung erschwert würde. Die mündliche Einwilligung des Berechtigten sowie die Gründe für ein ausnahmsweises Abweichen von der erforderlichen Textform sind schriftlich zu dokumentieren.“

- c) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. In den Richtlinien sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 zu berücksichtigen. Die Richtlinien für den stationären Bereich sind bis zum 31. Oktober 2017, die Richtlinien für den ambulanten Bereich bis zum 31. Oktober 2018 zu beschließen. Sie treten jeweils gleichzeitig mit der entsprechenden Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a in Kraft. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen

wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Richtlinien sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Sie sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung sind für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich.“

38. § 115 wird wie folgt geändert:

- a) Der Überschrift wird ein Komma und das Wort „Qualitätsdarstellung“ angefügt.
- b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 2 wird aufgehoben.
 - bb) In dem neuen Satz 2 wird die Angabe „oder 2“ gestrichen.
- c) Absatz 1a wird wie folgt gefasst:

„(1a) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren insbesondere auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 und der Richtlinien zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität für den ambulanten und den stationären Bereich zugrunde zu legen sind und inwieweit die Ergebnisse durch weitere Informationen ergänzt werden. In den Vereinbarungen sind die Ergebnisse der nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 bis 4 vergebenen Aufträge zu berücksichtigen. Die Vereinbarungen umfassen auch die Form der Darstellung einschließlich einer Bewertungssystematik (Qualitätsdarstellungsvereinbarungen). Bei Anlassprüfungen nach § 114 Absatz 5 bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität. Personenbezogene Daten sind zu anonymisie-

ren. Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind zeitnah zu berücksichtigen. Bei der Darstellung der Qualität ist die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung kenntlich zu machen. Das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind an gut sichtbarer Stelle in jeder Pflegeeinrichtung auszuhängen. Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für den stationären Bereich sind bis zum 31. Dezember 2017 und für den ambulanten Bereich bis zum 31. Dezember 2018 jeweils unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu schließen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen sind an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Bestehende Vereinbarungen gelten bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort; dies gilt entsprechend auch für die bestehenden Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik (Pflege-Transparenzvereinbarungen).“

- d) Dem Absatz 1b wird folgender Satz angefügt:

„Die Landesverbände der Pflegekassen übermitteln die Informationen nach Satz 1 an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zum Zweck der einheitlichen Veröffentlichung.“
- e) In Absatz 5 Satz 1 wird das Wort „Betreuung“ durch das Wort „Versorgung“ ersetzt.

38a. Nach § 115 wird folgender § 115a eingefügt:

„§ 115a

Übergangsregelung für
Pflege-Transparenzvereinbarungen
und Qualitätsprüfungs-Richtlinien

(1) Die Vertragsparteien nach § 113 passen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene die Pflege-Transparenzvereinbarungen an dieses Gesetz in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung an (übergeleitete Pflege-Transparenzvereinbarungen). Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Kommt bis zum 30. April 2016 keine einvernehmliche Einigung zustande, entscheidet der erweiterte Qualitätsausschuss nach § 113b Absatz 3 bis zum 30. Juni 2016. Die übergeleitete

ten Pflege-Transparenzvereinbarungen gelten ab 1. Januar 2017 bis zum Inkrafttreten der in § 115 Absatz 1a vorgesehenen Qualitätsdarstellungsvereinbarungen.

(2) Schiedsstellenverfahren zu den Pflege-Transparenzvereinbarungen, die am 1. Januar 2016 anhängig sind, werden nach Maßgabe des § 113b Absatz 2, 3 und 8 durch den Qualitätsausschuss entschieden; die Verfahren sind bis zum 30. Juni 2016 abzuschließen.

(3) Die Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 (Qualitätsprüfungs-Richtlinien) in der am 31. Dezember 2015 geltenden Fassung gelten nach Maßgabe der Absätze 4 und 5 bis zum Inkrafttreten der Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 fort und sind für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich.

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen passt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die Qualitätsprüfungs-Richtlinien unverzüglich an dieses Gesetz in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung an. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen passt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die nach Absatz 4 angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien bis zum 30. September 2016 an die nach Absatz 1 übergeleiteten und gegebenenfalls nach Absatz 2 geänderten Pflege-Transparenzvereinbarungen an. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände

der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und treten zum 1. Januar 2017 in Kraft.“

39. § 117 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Satz 6“ gestrichen.
- b) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „und 2“ gestrichen.

40. § 118 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

- „1. der in § 17 Absatz 1, den §§ 18b, 114a Absatz 7 und § 115a Absatz 3 bis 5 vorgesehenen Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen sowie
2. der Vereinbarungen und Beschlüsse nach § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, den §§ 113, 113a, 115 Absatz 1a sowie § 115a Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 durch den Qualitätsausschuss nach § 113b sowie der Vereinbarungen nach § 115a Absatz 1 Satz 1“.

41. Dem § 135 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
„Für die Berechnung des Abführungsbetrags wird der Beitragssatz gemäß § 55 Absatz 1 zugrunde gelegt.“

Artikel 2

Weitere Änderungen 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 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

- a) Die Angabe zu § 15 wird wie folgt gefasst:
„§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument“.
- b) Die Angabe zu § 17a wird gestrichen.
- c) Nach der Angabe zu § 28 wird die folgende Angabe zu § 28a eingefügt:
„§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1“.
- d) Nach der Angabe zu § 43a wird die folgende Angabe zum Fünften Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels eingefügt:

„Fünfter Titel

Zusätzliche Betreuung und
Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen
§ 43b Inhalt der Leistung“.

- e) Die Angabe zur Überschrift des Fünften Abschnitts des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Fünfter Abschnitt

Angebote

zur Unterstützung im Alltag,
Entlastungsbetrag, Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts sowie der Selbsthilfe“.

- f) Die Angabe zu § 45a wird wie folgt gefasst:
„§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung“.
- g) Die Angabe zu § 45b wird wie folgt gefasst:
„§ 45b Entlastungsbetrag“.
- h) Die Angabe zu § 45c wird wie folgt gefasst:
„§ 45c Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung“.
- i) Die Angabe zu § 45d wird wie folgt gefasst:
„§ 45d Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung“.
- j) Nach der Angabe zu § 53b wird die folgende Angabe zu § 53c eingefügt:
„§ 53c Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte“.
- k) Die Angabe zu § 87b wird gestrichen.
- l) Die Angabe zu § 122 wird wie folgt gefasst:
„§ 122 (weggefallen)“.
- m) Die Angabe zu § 123 wird wie folgt gefasst:
„§ 123 (weggefallen)“.
- n) Die Angabe zu § 124 wird wie folgt gefasst:
„§ 124 (weggefallen)“.
- o) Folgende Angabe zum Fünfzehnten Kapitel wird angefügt:

„Fünfzehntes Kapitel

Überleitungs- und Übergangsrecht

Erster Abschnitt

Regelungen zur

Rechtsanwendung im

Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung sowie Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

§ 140 Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade

§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

§ 142 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

§ 143 Sonderanpassungsrecht für die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die technischen Berechnungsgrundlagen privater Pflegeversicherungsverträge

Zweiter Abschnitt

Sonstige Überleitungs- und Übergangsregelungen

§ 144 Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung“.

- p) Die folgende Angabe zu den Anlagen 1 und 2 wird angefügt:
„Anlage 1 (zu § 15) Einzelpunkte der Module 1 bis 6; Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul
Anlage 2 (zu § 15) Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)“.

2. In § 2 Absatz 1 Satz 2 wird nach dem Wort „Pflegebedürftigen“ ein Komma und werden die Wörter „auch in Form der aktivierenden Pflege,“ eingefügt.
3. In § 4 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung“ durch die Wörter „körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung“ ersetzt.
4. § 7 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „für niedrigschwellige Betreuung und Entlastung nach § 45c“ durch die Wörter „zur Unterstützung im Alltag nach § 45a“ ersetzt.
b) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „für niedrigschwellige Betreuung und Entlastung“ durch die Wörter „zur Unterstützung im Alltag“ ersetzt.
5. In § 8 Absatz 3 Satz 12 wird die Angabe „§ 45c Abs. 4 Satz 6“ durch die Wörter „§ 45c Absatz 5 Satz 6“ ersetzt.
- 5a. In § 12 Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „Grundpflege“ durch die Wörter „häusliche Pflegehilfe“ ersetzt und werden die Wörter „sowie hauswirtschaftliche Versorgung“ gestrichen.
6. § 13 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
„(2) Die Leistungen nach dem Fünften Buch einschließlich der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches bleiben unberührt. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches zu leisten sind.“
7. Die §§ 14 bis 16 werden wie folgt gefasst:

„§ 14

Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen han-

deln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, 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:
 - a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie

Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

- b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
 - d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.
- (3) Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15

Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegfachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,

3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) 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. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegfachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

§ 16

Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zur pflegfachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 zu erlassen. Es kann sich dabei um unabhängigen Sachverständigen beraten lassen.“

8. § 17 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Richtlinien zur pflegfachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 (Begutachtungs-Richtlinien). Er hat dabei die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemein-

schaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe der nach § 118 Absatz 2 erlassenen Verordnung beratend mit. § 118 Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

9. § 17a wird aufgehoben.
10. § 18 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „welche Stufe der Pflegebedürftigkeit“ durch die Wörter „welcher Pflegegrad“ ersetzt.
 - bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Im Rahmen dieser Prüfungen haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter durch eine Untersuchung des Antragstellers die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bei den in § 14 Absatz 2 genannten Kriterien nach Maßgabe des § 15 sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln.“
 - cc) Satz 3 wird aufgehoben.
 - b) Absatz 3 Satz 8 und 9 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Antragsteller ist bei der Begutachtung auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens insbesondere für eine umfassende Beratung, das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und für die Pflegeplanung hinzuweisen. Das Gutachten wird dem Antragsteller durch die Pflegekasse übersandt, sofern er der Übersendung nicht widerspricht. Das Ergebnis des Gutachtens ist transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens.“
 - c) Absatz 3b wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 wird das Wort „stationärer“ durch das Wort „vollstationärer“ ersetzt und werden die Wörter „als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt“ durch die Wörter „bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Sätze 1 bis 3 finden vom 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017 keine Anwendung.“

- d) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

„(5a) Bei der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen. Mit diesen Informationen sollen eine umfassende Beratung und das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und eine individuelle Pflegeplanung sowie eine sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung ermöglicht werden. Hierbei ist im Einzelnen auf die nachfolgenden Kriterien abzustellen:

1. außerhäusliche Aktivitäten: Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung, Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr, Mitfahren in einem Kraftfahrzeug, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder Besuch einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes, Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen;
2. Haushaltsführung: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten, aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ermächtigt, in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die in Satz 3 genannten Kriterien pflegfachlich unter Berücksichtigung der Ziele nach Satz 2 zu konkretisieren.“

- e) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 6a eingefügt:

„(6a) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben gegenüber der Pflegekasse in ihrem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlungen gelten hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen von § 40 dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. Die Zustimmung erfolgt gegenüber dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Begutachtungsformular schriftlich dokumentiert. Bezüglich der empfohlenen Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2

vermutet. Bis zum 31. Dezember 2020 wird auch die Erforderlichkeit der empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 dienen, nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet; insofern bedarf es keiner ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches. Welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne von Satz 2 den Zielen von § 40 dienen, wird in den Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 konkretisiert. Dabei ist auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 des Fünften Buches über die Verordnung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen. Die Pflegekasse übermittelt dem Antragsteller unverzüglich die Entscheidung über die empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel.“

11. In § 19 Satz 2 werden die Wörter „14 Stunden wöchentlich“ durch die Wörter „zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche,“ ersetzt.
12. In § 23 Absatz 6 Nummer 1 werden die Wörter „einer Pflegestufe“ durch die Wörter „einem Pflegegrad“ ersetzt.
13. § 28 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach Nummer 9 wird folgende Nummer 9a eingefügt:

„9a. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b),“.
 - bb) Nach Nummer 12 wird folgende Nummer 12a eingefügt:

„12a. Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45a),“.
 - cc) Nummer 13 wird wie folgt gefasst:

„13. Entlastungsbetrag (§ 45b),“.
 - b) Absatz 1b Satz 2 wird aufgehoben.
 - c) Absatz 4 wird aufgehoben.
 - d) Absatz 5 wird Absatz 4.
14. Nach § 28 wird folgender § 28a eingefügt:

„§ 28a
Leistungen bei Pflegegrad 1

(1) Abweichend von § 28 Absatz 1 und 1a gewährt die Pflegeversicherung bei Pflegegrad 1 folgende Leistungen:

 1. Pflegeberatung gemäß den §§ 7a und 7b,
 2. Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3,
 3. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a,
 4. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Absatz 1 bis 3 und 5,
 5. finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds gemäß § 40 Absatz 4,
 6. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b,

7. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45.

(2) Zudem gewährt die Pflegeversicherung den Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 in Höhe von 125 Euro monatlich. Dieser kann gemäß § 45b im Wege der Erstattung von Kosten eingesetzt werden, die dem Versicherten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege, von Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 sowie von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 und 2 entstehen.

(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, gewährt die Pflegeversicherung gemäß § 43 Absatz 3 einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.“

15. § 33 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 4 werden die Wörter „einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie“ durch die Wörter „einem Pflegegrad und“ ersetzt.
 - b) In Satz 5 werden die Wörter „des Hilfebedarfs“ durch die Wörter „der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“ ersetzt.
 - c) In Satz 6 werden die Wörter „einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie“ durch die Wörter „einem Pflegegrad und“ ersetzt.
 - d) In Satz 8 werden die Wörter „welcher Pflegestufe“ durch die Wörter „welchem Pflegegrad“ ersetzt.
16. § 34 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden die Wörter „Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht“ durch die Wörter „Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht“ ersetzt.
 - b) In Satz 2 werden die Wörter „Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung“ durch die Wörter „Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht,“ ersetzt.
17. § 36 wird wie folgt gefasst:

„§ 36

Pflegesachleistung

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

(2) Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu besei-

tigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. 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.

(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 689 Euro,
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 298 Euro,
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 612 Euro,
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 995 Euro.

(4) Häusliche Pflegehilfe ist auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie ist nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden. Mehrere Pflegebedürftige können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.“

18. § 37 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

1. 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,

3. 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,

4. 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 1 werden die Wörter „Pflegestufe I und II“ durch die Wörter „Pflegegrad 2 und 3“ ersetzt.

bbb) In Nummer 2 wird die Angabe „Pflegestufe III“ durch die Wörter „Pflegegrad 4 und 5“ ersetzt.

bb) Die Sätze 4 bis 6 werden wie folgt gefasst:

„Sie beträgt in den Pflegegraden 2 und 3 bis zu 23 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch abzurufen; die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegegrade 2 und 3 nach Satz 4. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegeleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; für die Vergütung der Beratung gelten die Sätze 3 bis 5.“

cc) Satz 7 wird aufgehoben.

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Vertragsparteien nach § 113 beschließen gemäß § 113b bis zum 1. Januar 2018 unter Beachtung der in Absatz 4 festgelegten Anforderungen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3.“

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Fordert das Bundesministerium für Gesundheit oder eine Vertragspartei nach § 113 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Vertragsparteien schriftlich zum Beschluss neuer Empfehlungen nach Satz 1 auf, sind diese innerhalb von sechs Monaten nach Eingang der Aufforderung neu zu beschließen.“

d) Absatz 7 Satz 4 wird aufgehoben.

19. In § 38 Satz 1 wird die Angabe „Abs. 3 und 4“ durch die Angabe „Absatz 3“ ersetzt.

20. § 38a Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Satz 1 und wie folgt geändert:

aa) Im Satzteil vor der Aufzählung wird die Angabe „205 Euro“ durch die Angabe „214 Euro“ ersetzt.

bb) In Nummer 1 werden die Wörter „oder eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz nach § 45a bei ihnen festgestellt wurde“ gestrichen.

- cc) In Nummer 2 wird die Angabe „45b oder § 123“ durch die Angabe „45a oder § 45b“ ersetzt.
- dd) In Nummer 3 werden die Wörter „von den Mitgliedern“ durch die Wörter „durch die Mitglieder“ ersetzt.
- ee) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:
- „4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen; der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass dieser Leistungsumfang von ihm oder einem Dritten nicht erbracht wird, sondern die Versorgung in der Wohngruppe auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfelds sichergestellt werden kann.“
- b) Folgender Satz wird angefügt:
- „Leistungen der Tages- und Nachtpflege gemäß § 41 können neben den Leistungen nach dieser Vorschrift nur in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist; dies gilt entsprechend für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung.“
21. In § 39 Absatz 1 Satz 2 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist“ eingefügt.
22. § 41 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Pflegebedürftige“ die Wörter „der Pflegegrade 2 bis 5“ eingefügt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
- „(2) Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst je Kalendermonat
1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 einen Gesamtwert bis zu 689 Euro,
 2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 einen Gesamtwert bis zu 1 298 Euro,
 3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 einen Gesamtwert bis zu 1 612 Euro,
 4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 einen Gesamtwert bis zu 1 995 Euro.“
- c) In Absatz 3 werden nach dem Wort „Pflegebedürftige“ die Wörter „der Pflegegrade 2 bis 5“ eingefügt.
23. § 42 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „besteht“ die Wörter „für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5“ eingefügt.
- b) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
- „Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 612 Euro im Kalenderjahr.“
24. § 43 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „Pflegebedürftige“ die Wörter „der Pflegegrade 2 bis 5“ eingefügt.
- b) Die Absätze 2 bis 4 werden durch die folgenden Absätze 2 und 3 ersetzt:
- „(2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat
1. 770 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
 2. 1 262 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
 3. 1 775 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
 4. 2 005 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.
- „(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.“
- c) Absatz 5 wird Absatz 4.
25. In § 43a Satz 1 werden nach dem Wort „Pflegebedürftige“ die Wörter „der Pflegegrade 2 bis 5“ eingefügt.
26. Nach § 43a wird folgender Fünfter Titel des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels eingefügt:
- „Fünfter Titel
Zusätzliche Betreuung und
Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen
- § 43b
Inhalt der Leistung
- Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen haben nach Maßgabe von § 84 Absatz 8 und § 85 Absatz 8 Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und

Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.“

27. § 44 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 170 Absatz 1 Nummer 6 des Sechsten Buches genannten Stellen Beiträge nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder ein anderer von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter ermittelt im Einzelfall, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht (Mehrfachpflege), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflegetätigkeit insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) ermittelt. Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt. Werden keine oder keine übereinstimmenden Angaben gemacht, erfolgt eine Aufteilung zu gleichen Teilen. Die Feststellungen zu den Pflegezeiten und zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft die für die Pflegeleistungen nach diesem Buch zuständige Stelle. Diese Feststellungen sind der Pflegeperson auf Wunsch zu übermitteln.“

b) In Absatz 2 werden die Wörter „Satz 1 und 2“ gestrichen.

c) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a und 2b eingefügt:

„(2a) Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, nach Maßgabe des § 2 Absatz 1 Nummer 17 des Siebten Buches in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen.

(2b) Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, nach Maßgabe des § 26 Absatz 2b des Dritten Buches nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 347 Nummer 10 Buchstabe c des Dritten Buches genannten Stellen entrich-

ten für die Pflegepersonen Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit. Näheres zu den Beiträgen und zum Verfahren regeln die §§ 345, 347 und 349 des Dritten Buches.“

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Unfallversicherung“ die Wörter „sowie nach dem Dritten Buch“ und nach dem Wort „Unfallversicherungsträgern“ die Wörter „sowie der Bundesagentur für Arbeit“ eingefügt.

bb) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 7 werden die Wörter „die Pflegestufe“ durch die Wörter „den Pflegegrad“ ersetzt.

bbb) In Nummer 8 werden die Wörter „unter Berücksichtigung des Umfangs der Pflegetätigkeit“ gestrichen und wird nach der Angabe „§ 166“ die Angabe „Absatz 2“ eingefügt.

cc) In Satz 3 werden nach dem Wort „Unfallversicherung“ die Wörter „sowie mit der Bundesagentur für Arbeit“ eingefügt.

e) Absatz 5 Satz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben in den Fällen, in denen eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegt, der Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge hat, und für die die Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung nach § 170 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe c des Sechsten Buches oder an die Bundesagentur für Arbeit nach § 347 Nummer 10 Buchstabe c des Dritten Buches anteilig getragen werden, im Antragsverfahren auf Leistungen der Pflegeversicherung von dem Pflegebedürftigen die zuständige Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder den Dienstherrn unter Hinweis auf die beabsichtigte Weiterleitung der in Satz 2 genannten Angaben an diese Stelle zu erfragen. Der angegebenen Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn sind bei Feststellung der Beitragspflicht sowie bei Änderungen in den Verhältnissen des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson, insbesondere bei einer Änderung des Pflegegrades, einer Unterbrechung der Pflegetätigkeit oder einem Wechsel der Pflegeperson, die in Absatz 3 Satz 2 genannten Angaben mitzuteilen.“

f) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Für Pflegepersonen, bei denen die Mindeststundenzahl von zehn Stunden wöchentlicher Pflege, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird, haben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Bundesagentur für Arbeit das Verfahren und die Mitteilungspflichten zwischen den an einer Addition von Pflegezeiten und Pflegeaufwänden 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 Pflegetätigkeit der Pflegeperson an andere Pflegekassen und Versicherungsunternehmen, die an einer Addition von Pflegezeiten und Pflegeaufwänden beteiligt sind, zur Überprüfung der Voraussetzungen der Rentenversicherungspflicht oder der Versicherungspflicht nach dem Dritten Buch der Pflegeperson übermitteln und ihnen übermittelte Daten verarbeiten und nutzen.“

28. § 44a Absatz 2 wird aufgehoben.
 29. Der Fünfte Abschnitt des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Fünfter Abschnitt

Angebote zur
 Unterstützung im Alltag,
 Entlastungsbetrag, Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts sowie der Selbsthilfe

§ 45a

Angebote zur
 Unterstützung im Alltag,
 Umwandlung des ambulanten
 Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung

(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegenden dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfestellungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts. Durch

ein Angebot zur Unterstützung im Alltag können auch mehrere der in Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Bereiche abgedeckt werden. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

(2) Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegenden zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert werden. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen. Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen sie die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.

(4) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach

§ 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefeststellungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Satz 1 genannten Leistungen entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 und 8 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Möglichkeit zur anteiligen Verwendung der in § 36 für den Bezug ambulanter Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbeträge auch für Leistungen nach Landesrecht anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag nach den Sätzen 1 bis 6 spätestens bis zum 31. Dezember 2018. Die Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

§ 45b

Entlastungsbetrag

(1) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegenden sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von

1. Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
2. Leistungen der Kurzzeitpflege,
3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,
4. Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a.

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der in Satz 3 genannten

Leistungen Mittel der Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden.

(2) Die Pflegebedürftigen erhalten die Kosten-erstattung in Höhe des Entlastungsbetrags nach Absatz 1 auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefeststellungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 Satz 3 genannten Leistungen. Die Leistung nach Absatz 1 Satz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

§ 45c

Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung

(1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte und zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr

1. den Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a,
2. den Auf- und Ausbau und die Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen sowie
3. Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige sowie andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf.

Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 Prozent des in Satz 1 genannten Fördervolumens.

(2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der in Absatz 1 genannten Zwecke durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, sodass insgesamt ein Fördervolumen von 50 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.

(3) Die Förderung des Auf- und Ausbaus von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erfolgt als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlich tätigen Helfenden zu finanzieren sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Helfenden durch Fachkräfte verbunden sind. Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Angebots beizufügen. Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert sind.

(4) Die Förderung des Auf- und Ausbaus und der Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfolgt zur Förderung von Initiativen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen zum Ziel gesetzt haben.

(5) Im Rahmen der Modellförderung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der erforderlichen Hilfen für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige und andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf, in einzelnen Regionen erprobt werden. Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Für die Modellvorhaben sind eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(6) Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können in das Folgejahr übertragen werden.

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die in Absatz 1 genannten Zwecke. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, dass jeweils im Einzelfall zu

prüfen ist, ob im Rahmen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Soweit Belange des Ehrenamts betroffen sind, erteilt das Bundesministerium für Gesundheit seine Zustimmung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

(8) Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) überwiesen werden. Näheres über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel, die aus dem Ausgleichsfonds zu finanzieren sind, sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen regeln das Bundesversicherungsamt, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. durch Vereinbarung.

(9) Zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen können die in Absatz 1 genannten Mittel auch für die Beteiligung von Pflegekassen an regionalen Netzwerken verwendet werden, die der strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren dienen, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen. Die Förderung der strukturierten regionalen Zusammenarbeit erfolgt, indem sich die Pflegekassen einzeln oder gemeinsam im Wege einer Anteilsfinanzierung an den netzwerkbedingten Kosten beteiligen. Je Kreis oder kreisfreier Stadt darf der Förderbetrag dabei 20 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. Den Kreisen und kreisfreien Städten, Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Sinne des § 45d sowie organisierten Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen im Sinne des Absatzes 4 ist in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet die Teilnahme an der geförderten strukturierten regionalen Zusammenarbeit zu ermöglichen. Für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, gelten die Sätze 1 bis 4 entsprechend. Absatz 7 Satz 1 bis 4 und Absatz 8 finden entsprechende Anwendung. Die Absätze 2 und 6 finden keine Anwendung.

§ 45d

Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung

Je Versichertem 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 sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt haben. Dabei werden die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren entsprechend angewendet. Selbsthilfegruppen sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder aufgrund eigener Betroffenheit oder als Angehörige das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern. Selbsthilfeorganisationen sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen in Verbänden. Selbsthilfekontaktstellen sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern. Eine Förderung der Selbsthilfe nach dieser Vorschrift ist ausgeschlossen, soweit für dieselbe Zweckbestimmung eine Förderung nach § 20h des Fünften Buches erfolgt. § 45c Absatz 7 Satz 5 gilt entsprechend.“
30. In § 46 Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „3,5 vom Hundert“ durch die Angabe „3,2 Prozent“ ersetzt.
31. Nach § 53b wird folgender § 53c eingefügt:
- „§ 53c
- Richtlinien zur Qualifikation und
zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte
- Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte für die Leistungen nach § 43b Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in stationären Pflegeeinrichtungen zu beschließen. Er hat hierzu die Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten. Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die stationären Pflegeeinrichtungen erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit wirksam. § 17 Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“
32. In § 55 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2,35 Prozent“ durch die Angabe „2,55 Prozent“ ersetzt.
33. Dem § 65 wird folgender Absatz 4 angefügt:
- „(4) Die dem Bundesversicherungsamt bei der Verwaltung des Ausgleichsfonds entstehenden Kosten werden durch die Mittel des Ausgleichsfonds gedeckt. 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 zu der Erstattung der Verwaltungskosten regeln.“
- 33a. In § 71 Absatz 1 werden die Wörter „pflegen und hauswirtschaftlich“ durch die Wörter „mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36“ ersetzt.
34. § 75 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 4 Nummer 1 wird das Wort „Pflegestufen“ durch das Wort „Pflegegrad“ ersetzt.
- b) Satz 5 wird aufgehoben.
- 34a. § 77 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung“ durch die Wörter „körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36“ ersetzt.
- bb) In Satz 3 werden die Wörter „Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie für Betreuungsleistungen“ durch die Wörter „häuslichen Pflegehilfe“ ersetzt.
- cc) In Satz 4 werden die Wörter „Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung“ durch das Wort „Pflegehilfe“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 werden die Wörter „häuslichen Pflege“ durch die Wörter „körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36“ ersetzt.
35. § 82 Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
- „Sie umfasst auch die Betreuung und, soweit bei stationärer Pflege kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, die medizinische Behandlungspflege.“
36. § 84 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „soziale“ gestrichen.
- b) Absatz 2 Satz 2 und 3 wird wie folgt gefasst:
- „Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, entsprechend den fünf Pflegegraden einzuteilen. Davon ausgehend sind in der vollstationären Pflege für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln; dieses gilt auch bei Änderungen der Leistungsbeträge nach § 43 Absatz 2.“
- c) Folgender Absatz 8 wird angefügt:
- „(8) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Leistungen nach § 43b. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen abgegolten. Pflegebedürft-

tige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.“

37. § 85 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen der Annahmen, die der Vereinbarung oder Festsetzung der Pflegesätze zugrunde lagen, sind die Pflegesätze auf Verlangen einer Vertragspartei für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu verhandeln. Dies gilt insbesondere bei einer erheblichen Abweichung der tatsächlichen Bewohnerstruktur. Die Absätze 3 bis 6 gelten entsprechend. Im Fall von Satz 2 kann eine Festsetzung der Pflegesätze durch die Schiedsstelle abweichend von Satz 3 in Verbindung mit Absatz 5 Satz 1 bereits nach einem Monat beantragt werden.“

b) Folgender Absatz 8 wird angefügt:

„(8) Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 8 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die stationäre Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen über zusätzliches Betreuungspersonal, in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
2. in der Regel für jeden Pflegebedürftigen 5 Prozent der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
3. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige nicht erbracht wird.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind von der stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des stationären Pflegevertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinzuweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot besteht. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.“

38. § 87a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden die Wörter „einer höheren Pflegestufe“ durch die Wörter „einem höheren Pflegegrad“ ersetzt.
- bb) In Satz 3 werden die Wörter „der nächsthöheren Pflegeklasse“ durch die Wörter „dem nächsthöheren Pflegegrad“ ersetzt.
- cc) In Satz 4 werden die Wörter „eine höhere Pflegestufe“ durch die Wörter „einen höheren Pflegegrad“ ersetzt.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von der

Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 2 952 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 ist.“

- bb) In Satz 3 werden die Wörter „eine höhere Pflegestufe oder von nicht erheblicher zu erheblicher Pflegebedürftigkeit“ durch die Wörter „einen höheren Pflegegrad oder wieder als pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15“ ersetzt.

39. § 87b wird aufgehoben.

40. § 89 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung“ durch die Wörter „Leistungen der häuslichen Pflegehilfe“ ersetzt.

b) Absatz 3 Satz 3 wird aufgehoben.

41. § 90 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen“ durch die Wörter „Leistungen der häuslichen Pflegehilfe“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung“ durch die Wörter „Leistungen der häuslichen Pflegehilfe“ ersetzt.

42. In § 94 Absatz 1 Nummer 3 wird die Angabe „(§§ 4 und 28)“ durch die Angabe „(§§ 4, 28 und 28a)“ ersetzt.

43. § 109 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 werden die Wörter „und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ gestrichen.
- b) In Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 werden nach dem Wort „Helfer“ die Wörter „sowie Angebote zur Unterstützung im Alltag“ eingefügt.

44. In § 112 Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „soziale“ gestrichen.

45. In § 114 Absatz 2 Satz 5 wird das Wort „sozialen“ gestrichen und wird die Angabe „§ 87b“ durch die Angabe „§ 43b“ ersetzt.

45a. § 120 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Leistungen, zu pflegen und hauswirtschaftlich“ durch die Wörter „Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36“ ersetzt.
- b) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen“ durch die Wörter „Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36“ ersetzt.

46. Die §§ 122 bis 124 werden aufgehoben.

47. In § 125 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „nach § 124“ gestrichen.

48. In § 126 Satz 2 werden die Wörter „Leistungen nach § 123 oder“ gestrichen.

49. § 127 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 4 werden die Wörter „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“ durch die Wörter „für jeden der in § 15 Absatz 3 und 7 aufgeführten Pflegegrade, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für Pflegegrad 5, vorsieht“ ersetzt.
- b) In Nummer 5 werden die Wörter „der Pflegestufe“ durch die Wörter „des Pflegegrades“ ersetzt und werden die Wörter „sowie den Feststellungen über das Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a“ gestrichen.

50. Folgendes Fünfzehntes Kapitel wird angefügt:

„Fünfzehntes Kapitel

Überleitungs- und Übergangsrecht

Erster Abschnitt

Regelungen zur

Rechtsanwendung im

Übergangszeitraum, zur Über-

leitung in die Pflegegrade, zum Besitz-

standsschutz für Leistungen der Pflege-

versicherung sowie Übergangsregelungen

im Begutachtungsverfahren im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

§ 140

Anzuwendendes Recht und

Überleitung in die Pflegegrade

(1) Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfolgt jeweils auf der Grundlage des zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts. Der Erwerb einer Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Pflegeversicherung richtet sich ebenfalls nach dem zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Recht.

(2) Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung,

1. bei denen das Vorliegen einer Pflegestufe im Sinne der §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt worden ist und
2. bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung der Pflegeversicherung vorliegen,

werden mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung nach Maßgabe von Satz 3 einem Pflegegrad zugeordnet. Die Zuordnung ist dem Versi-

cherten schriftlich mitzuteilen. Für die Zuordnung gelten die folgenden Kriterien:

1. Versicherte, bei denen eine Pflegestufe nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, aber nicht zusätzlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, werden übergeleitet
 - a) von Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,
 - b) von Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,
 - c) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 4 oder
 - d) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 5, soweit die Voraussetzungen für Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurden;
2. Versicherte, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, werden übergeleitet
 - a) bei nicht gleichzeitigem Vorliegen einer Pflegestufe nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 2,
 - b) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe I nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 3,
 - c) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe II nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 4,
 - d) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe III nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, auch soweit zusätzlich die Voraussetzungen für Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurden, in den Pflegegrad 5.

(3) Die Zuordnung zu dem Pflegegrad, in den der Versicherte gemäß Absatz 2 übergeleitet worden ist, bleibt auch bei einer Begutachtung nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht erhalten, es sei denn, die Begutachtung führt zu einer Anhebung des Pflegegrades oder zu der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr vorliegt. Satz 1 gilt auch bei einem Erlöschen der Mitgliedschaft im Sinne von § 35 ab dem 1. Januar 2017, wenn die neue Mitgliedschaft unmittelbar im Anschluss begründet wird. Die Pflegekasse, bei der die Mitgliedschaft beendet wird, ist verpflichtet, der Pflegekasse, bei der die neue Mitgliedschaft begründet wird, die bisherige Einstufung des Versicherten rechtzeitig schriftlich mitzuteilen. Entsprechendes gilt bei einem Wechsel zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und einem Wechsel von sozialer zu privater sowie von privater zu sozialer Pflegeversicherung.

(4) Stellt ein Versicherter, bei dem das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, ab dem 1. Januar 2017 einen erneuten Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit und lagen die tatsächlichen Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits vor dem 1. Januar 2017 vor, richten sich die ab dem Zeitpunkt der Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu erbringenden Leistungen im Zeitraum vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2016 nach dem ab 1. Januar 2017 geltenden Recht. Entsprechendes gilt für Versicherte bei einem privaten Pflegeversicherungsunternehmen.

§ 141

Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

(1) Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 38a, 40 Absatz 2, den §§ 41, 44a, 45b, 123 und 124 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. Hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 45b in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung richtet sich die Gewährung von Besitzstandsschutz abweichend von Satz 1 nach Absatz 2. Für Versicherte, die am 31. Dezember 2016 Leistungen nach § 43 bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach Absatz 3. Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt.

(2) Versicherte,

1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b Absatz 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung haben und
2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den §§ 36, 37 und 41 unter Berücksichtigung des § 140 Absatz 2 und 3 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den §§ 36, 37 und 41 unter Berücksichtigung des § 123 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung am 31. Dezember 2016 zustanden,

haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 45b in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung festgelegt ist. Das Bestehen eines An-

spruchs auf diesen Zuschlag ist den Versicherten schriftlich mitzuteilen und zu erläutern.

(3) Ist bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Vormonat, so ist zum Leistungsbetrag nach § 43 von Amts wegen ein Zuschlag in Höhe der Differenz von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung zu zahlen. In der Vergleichsberechnung nach Satz 1 sind für beide Monate jeweils die vollen Pflegesätze und Leistungsbeträge zugrunde zu legen. Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, ist der Zuschlag entsprechend zu kürzen. Dies gilt entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

(4) Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 44 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflegebetätigung fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 und 3 des Sechsten Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben.

(4a) In den Fällen des § 140 Absatz 4 richten sich die Versicherungspflicht als Pflegeperson in der Rentenversicherung und die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen für Zeiten vor dem 1. Januar 2017 nach den §§ 3 und 166 des Sechsten Buches in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. Die dabei anzusetzende Pflegestufe erhöht sich entsprechend dem Anstieg des Pflegegrades gegenüber dem durch die Überleitung erreichten Pflegegrad.

(5) Absatz 4 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass

1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt oder
2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 19 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung ist.

Absatz 4 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 des Sechsten Buches eintritt.

(6) Für Pflegepersonen im Sinne des § 44 Absatz 2 gelten die Absätze 4, 4a und 5 entsprechend.

(7) Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherungspflichtig waren, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflege Tätigkeit fort. Satz 1 gilt, soweit und solange sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht keine günstigeren Ansprüche ergeben. Satz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt.

§ 142

Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

(1) Bei Versicherten, die nach § 140 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden bis zum 1. Januar 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Absatz 2 Satz 5 durchgeführt; auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder anderen unabhängigen Gutachtern empfohlen wurde. Abweichend von Satz 1 können Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden, wenn eine Verbesserung der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen, zu erwarten ist.

(2) Die Frist nach § 18 Absatz 3 Satz 2 ist vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 unbeachtlich. Abweichend davon ist denjenigen, die ab dem 1. Januar 2017 einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen und bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen berichten in der nach § 18 Absatz 3b Satz 4 zu veröffentlichenden Statistik auch über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.

(3) Abweichend von § 18 Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 ist die Pflegekasse vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 nur bei Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs gemäß Absatz 2 dazu verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

§ 143

Sonderanpassungsrecht für die Allgemeinen Versicherungs- bedingungen und die technischen Berechnungs- grundlagen privater Pflegeversicherungsverträge

(1) Bei einer Pflegeversicherung, bei der die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet wird und bei der das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen ist, kann der Versicherer seine Allgemeinen Versicherungsbedingungen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse entsprechend den Vorgaben nach § 140 ändern, soweit der Versicherungsfall durch den Pflegebedürftigkeitsbegriff nach den §§ 14 und 15 bestimmt wird.

(2) Der Versicherer ist zudem berechtigt, auch für bestehende Versicherungsverhältnisse die technischen Berechnungsgrundlagen insoweit zu ändern, als die Leistungen an die Pflegegrade nach § 140 Absatz 2 und die Prämien daran angepasst werden. § 12b Absatz 1 und 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes findet Anwendung.

(3) Dem Versicherungsnehmer sind die geänderten Versicherungsbedingungen nach Absatz 1 und die Neufestsetzung der Prämie nach Absatz 2 unter Kenntlichmachung der Unterschiede sowie unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitzuteilen. Anpassungen nach den Absätzen 1 und 2 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

(4) Gesetzlich oder vertraglich vorgesehene Sonderkündigungsrechte des Versicherungsnehmers bleiben hiervon unberührt.

Zweiter Abschnitt

Sonstige Überleitungs- und Übergangsregelungen

§ 144

Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung

(1) Für Personen, die am 31. Dezember 2014 einen Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag nach § 38a in der am 31. Dezember 2014 geltenden Fassung haben, wird diese Leistung weiter erbracht, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat.

(2) Am 31. Dezember 2016 nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote und niedrigschwellige Entlastungsangebote im Sinne der §§ 45b und 45c in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung gelten auch ohne neues Anerkennungsverfahren als nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung hiervon abweichende Regelungen zu treffen.“

51. Die folgenden Anlagen 1 und 2 werden angefügt:

„Anlage 1

(zu § 15)

Einzelpunkte der Module 1 bis 6;
Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/Prothesen- reinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parental oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit „entfällt“ (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit „teilweise“ (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit „vollständig“ (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parental oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe – Kriterium 5.1 – und einmal Blutzuckermessen – Kriterium 5.6 –, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis zweimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 – bei Kindern bis 5.K – werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anlage 2

(zu § 15)

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module		Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1	Mobilität	10 %	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
			0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2	Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
	Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4	Selbstversorgung	40 %	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
			0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5	Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
			0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6	Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
			0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7	Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					“
8	Haushaltsführung							

Artikel 3**Änderung des
Dritten Buches Sozialgesetzbuch**

Das Dritte Buch Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 20. Oktober 2015 (BGBl. I S. 1722) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Der Inhaltsübersicht wird die folgende Angabe zu § 446 angefügt:

„§ 446 Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften“.

2. In § 8 Absatz 1 wird das Wort „Angehörige“ durch das Wort „Personen“ ersetzt.
3. In § 18 Absatz 2 Nummer 3 wird das Wort „Angehöriger“ durch das Wort „Personen“ ersetzt.
4. In § 20 Nummer 1 wird das Wort „Angehöriger“ durch das Wort „Personen“ ersetzt.
5. § 26 Absatz 2b wird wie folgt gefasst:

„(2b) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie als Pflegeperson einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches, der Leistungen aus der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch oder Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezieht, nicht erwerbsmäßig wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in seiner häuslichen Umgebung pflegen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Pflegetätigkeit versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatten. Versicherungspflicht besteht auch, wenn die Voraussetzungen durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erfüllt werden.“

6. § 28a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 Nummer 1 wird aufgehoben.
 - bb) In Satz 2 werden die Wörter „Nummern 1 bis“ durch die Wörter „Satz 1 Nummer 2 und“ ersetzt.
- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 2 wird aufgehoben.
 - bb) In dem neuen Satz 2 wird das Semikolon und werden die Wörter „im Falle einer vorangegangenen Pflegezeit nach § 3 Absatz 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes jedoch frühestens mit dem Ende dieser Pflegezeit“ gestrichen.

7. In § 81 Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „eines Angehörigen der Pflegestufe I bis III“ durch die Wörter „einer pflegebedürftigen Person mit mindestens Pflegegrad 2“ ersetzt.
8. In § 345 Nummer 8 werden die Wörter „Pfleger während einer Pflegezeit“ durch das Wort „Pflegepersonen“ ersetzt und wird die Angabe „10“ durch die Angabe „50“ ersetzt.
9. § 345b Satz 1 Nummer 1 wird aufgehoben.

10. In § 347 Nummer 10 werden die Wörter „Pfleger während einer Pflegezeit“ durch das Wort „Pflegepersonen“ ersetzt.

11. § 349 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 4a Satz 1 werden die Wörter „Pfleger während einer Pflegezeit“ durch das Wort „Pflegepersonen“ ersetzt.
- b) In Absatz 5 Satz 2 wird das Wort „Pflegezeit“ durch die Wörter „Pflegetätigkeit geleistet“ ersetzt.

12. Folgender § 446 wird angefügt:

„§ 446

Zweites Gesetz zur Stärkung
der pflegerischen Versorgung
und zur Änderung weiterer Vorschriften

(1) Für Personen, die am 31. Dezember 2016 nach § 26 Absatz 2b in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung versicherungspflichtig waren, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer der Pflegezeit fort. Für diese Zeit sind § 345 Nummer 8, § 347 Nummer 10, § 349 Absatz 4a Satz 1 und Absatz 5 Satz 2 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung anzuwenden.

(2) Für Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 nach § 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung versicherungspflichtig waren, wird ab dem 1. Januar 2017 das Versicherungspflichtverhältnis nach § 26 Absatz 2b fortgesetzt. § 26 Absatz 3 Satz 5 und 6 bleibt unberührt.“

Artikel 4**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 1a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 22a Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „einer Pflegestufe“ durch die Wörter „einem Pflegegrad“ ersetzt und werden die Wörter „oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches eingeschränkt sind“ gestrichen.
2. § 33 wird wie folgt geändert:
 - a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„§ 18 Absatz 6a des Elften Buches ist zu beachten.“
 - b) Dem Absatz 5a wird folgender Satz angefügt:

„§ 18 Absatz 6a des Elften Buches ist zu beachten.“
3. § 37 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird das Semikolon und werden die Wörter „der Anspruch umfasst verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches zu berücksichtigen ist“ gestrichen.

- b) In Satz 6 werden nach dem Wort „Pflegebedürftigkeit“ die Wörter „mit mindestens Pflegegrad 2“ eingefügt.
- c) Absatz 6 Satz 2 wird gestrichen.
- 4. In § 87 Absatz 2i Satz 1 werden die Wörter „einer Pflegestufe“ durch die Wörter „einem Pflegegrad“ ersetzt und werden die Wörter „oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches eingeschränkt sind“ gestrichen.
- 5. Dem § 252 Absatz 2a wird folgender Satz angefügt:
„Für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 und 2 des Vierten Buches entsprechend.“

Artikel 5

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 8 Absatz 14 des Gesetzes vom 3. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2178) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) Satz 1 Nummer 1a wird wie folgt gefasst:

„1a. in der sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in ihrer häuslichen Umgebung nicht erwerbsmäßig pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflege-Pflichtversicherung hat,“.
 - b) In Satz 2 werden die Wörter „der §§ 37 und 123“ durch die Angabe „des § 37“ ersetzt.
 2. § 5 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Versicherungsfrei sind Personen, die eine

 1. Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 2 oder § 8a in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 2 des Vierten Buches oder
 2. geringfügige selbständige Tätigkeit nach § 8 Absatz 3 in Verbindung mit § 8 Absatz 1 oder nach § 8 Absatz 3 in Verbindung mit den §§ 8a und 8 Absatz 1 des Vierten Buches

ausüben, in dieser Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit.“
 - b) Satz 3 wird aufgehoben.
 3. § 166 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege einer

 1. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 5 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 des Elften Buches
 - a) 100 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,
 - b) 85 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,
 - c) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,
 2. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 4 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 4 des Elften Buches
 - a) 70 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,
 - b) 59,5 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,
 - c) 49 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,
 3. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 3 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 3 des Elften Buches
 - a) 43 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,
 - b) 36,55 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,
 - c) 30,1 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht,
 4. pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2 nach § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 des Elften Buches
 - a) 27 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches bezieht,
 - b) 22,95 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches bezieht,
 - c) 18,9 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn die pflegebedürftige Person ausschließlich Pflegesachleistungen nach § 36 des Elften Buches bezieht.
- Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus (Mehrfachpflege), sind die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 entsprechend dem nach § 44 Ab-

satz 1 Satz 3 des Elften Buches festgestellten prozentualen Umfang der jeweiligen Pflege Tätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand je pflegebedürftiger Person aufzuteilen. Werden mehrere Pflegebedürftige gepflegt, ergeben sich die beitragspflichtigen Einnahmen jeweils nach den Sätzen 1 und 2.“

b) Absatz 3 wird aufgehoben.

Artikel 6
Änderung des
Siebtens Buches Sozialgesetzbuch

§ 2 Absatz 1 Nummer 17 des Siebtens Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 31 des Gesetzes vom 20. November 2015 (BGBl. I S. 2010) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„17. Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 und 2 des Elften Buches bei der Pflege eines Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne der §§ 14 und 15 Absatz 3 des Elften Buches; die versicherte Tätigkeit umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 des Elften Buches genannten Bereichen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung nach § 18 Absatz 5a Satz 3 Nummer 2 des Elften Buches.“

Artikel 7

Änderung des
Pflegezeitgesetzes

In § 7 Absatz 3 Nummer 2 des Pflegezeitgesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896), das durch Artikel 2 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) geändert worden ist, werden die Wörter „Schwägerinnen und Schwäger“ durch die Wörter „Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner“ ersetzt.

Artikel 8

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am 1. Januar 2016 in Kraft.

(2) Die Artikel 2, 3 und 4 Nummer 1 bis 4 sowie Artikel 5 und 6 treten am 1. Januar 2017 in Kraft.

(3) Artikel 2 Nummer 30 tritt am 1. Januar 2018 in Kraft.

(4) Der Sechste Abschnitt des Achten Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch tritt am 30. Juni 2017 außer Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt. Es ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 21. Dezember 2015

Der Bundespräsident
Joachim Gauck

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Der Bundesminister für Gesundheit
Hermann Gröhe

Die Bundesministerin
für Arbeit und Soziales
Andrea Nahles

Die Bundesministerin
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Manuela Schwesig

Erstes Gesetz zur Änderung des Verkehrsinfrastrukturfinanzierungsgesellschaftsgesetzes

Vom 21. Dezember 2015

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Das Verkehrsinfrastrukturfinanzierungsgesellschaftsgesetz vom 28. Juni 2003 (BGBl. I S. 1050), das zuletzt durch Artikel 465 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „20. Januar 2003 (BGBl. I S. 98)“ durch die Angabe „6. Januar 2006 (BGBl. I S. 49)“ ersetzt.
2. § 2 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. dem Gebührenaufkommen nach dem Bundesfernstraßenmautgesetz vom 12. Juli 2011 (BGBl. I S. 1378) in der jeweils geltenden Fassung,“.
 - b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Darüber hinaus verteilt die Gesellschaft

 1. die im Bundeshaushalt veranschlagten Mittel für Neubau, Ausbau, Erhaltung, Betrieb und Unterhaltung der in der Baulast des Bundes stehenden Bundesfernstraßen,
 2. weitere im Bundeshaushalt veranschlagte Mittel für Neubau, Ausbau, Erhaltung, Betrieb und Unterhaltung von Bundesfernstraßen, soweit diese nicht in Nummer 1 oder Absatz 1 Satz 1 bezeichnet sind,

die ihr vom Bund zur Verfügung gestellt werden, nach Maßgabe der jährlichen Haushaltsgesetze und nach den Weisungen des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur.“

- c) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.
- d) Der neue Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird aufgehoben.
 - bb) Nach dem neuen Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Nicht durch Einnahmen nach Absatz 1 gedeckte Ausgaben sind spätestens im übernächsten Haushaltsjahr einzusparen.“
- e) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Soweit für die Erfüllung der übertragenen haushaltsrechtlichen Aufgaben erforderlich, kann das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur abweichend von § 1 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 Satz 2 der Verkehrsinfrastrukturfinanzierungsgesellschaft

 1. die Befugnis übertragen, Anordnungen zur Annahme oder Leistung von Zahlungen nach § 70 der Bundeshaushaltsordnung zu erteilen, die von den Bundeskassen ausgeführt werden, und
 2. zur Erfüllung der Aufgaben außerdem die Wahrnehmung des Zahlungsverkehrs als der für Zahlungen zuständigen Stelle übertragen.

Die notwendigen Bestimmungen der Bundeshaushaltsordnung und die dazu erlassenen Ausführungsbestimmungen sind entsprechend anzuwenden. Das Nähere wird im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen bestimmt.“

Artikel 2

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2016 in Kraft.

Die verfassungsmäßigen Rechte des Bundesrates sind gewahrt.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt. Es ist im Bundesgesetzblatt zu verkünden.

Berlin, den 21. Dezember 2015

Der Bundespräsident
Joachim Gauck

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Der Bundesminister
für Verkehr und digitale Infrastruktur
A. Dobrindt

**Verordnung
über die Gewährung einer Mehrarbeitsvergütung für Soldaten
(Soldatenmehrarbeitsvergütungsverordnung – SMVergV)**

Vom 18. Dezember 2015

Auf Grund des § 50 des Bundesbesoldungsgesetzes, der durch Artikel 2 Nummer 3 des Gesetzes vom 13. Mai 2015 (BGBl. I S. 706) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium des Innern im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Verteidigung und dem Bundesministerium der Finanzen:

§ 1

Voraussetzungen des Anspruchs

(1) Soldatinnen und Soldaten in Besoldungsgruppen der Bundesbesoldungsordnung A kann eine Mehrarbeitsvergütung gewährt werden, soweit Mehrarbeit geleistet wird im Rahmen eines Dienstes

1. im Truppendienst,
2. auf Grund eines Dienstplanes oder
3. zur Herbeiführung eines im öffentlichen Interesse liegenden unaufschiebbaren und termingebundenen Ergebnisses.

(2) Die Vergütung wird gewährt, wenn die Mehrarbeit

1. schriftlich angeordnet oder genehmigt wurde,
2. aus zwingenden dienstlichen Gründen nicht durch Dienstbefreiung innerhalb eines Jahres ausgeglichen werden kann und
3. die sich aus der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit ergebende Arbeitszeit um mehr als fünf Stunden im Kalendermonat (Mindeststundenzahl) übersteigt.

(3) Soweit nur während eines Teils eines Kalendermonats Dienst geleistet wurde, gilt die Mindeststundenzahl für die anteilige Arbeitszeit. Sie verkürzt sich bei Teilzeitbeschäftigung entsprechend dem Umfang der bewilligten Teilzeitbeschäftigung.

(4) Ist keine feste tägliche Arbeitszeit bestimmt, so ist eine Überschreitung der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit in einer Kalenderwoche, die im Vormonat begonnen hat, dem laufenden Kalendermonat zuzurechnen.

§ 2

Ermittlung des Anspruchs

(1) Als eine Stunde Mehrarbeit gilt die volle Zeitstunde. Bei einem Bruchteil von mindestens 30 Minuten wird aufgerundet, ansonsten abgerundet.

(2) Bei Dienst in Bereitschaft wird eine Stunde Mehrarbeit nur entsprechend der erfahrungsgemäß bei der betreffenden Tätigkeit durchschnittlich anfallenden Inanspruchnahme berücksichtigt; dabei ist schon die Ab-

leistung eines Dienstes in Bereitschaft als solche angemessen anzurechnen.

§ 3

Höhe des Anspruchs bei Vollzeitbeschäftigung

Die Vergütung beträgt je Stunde für Vollzeitbeschäftigte

1. in den Besoldungsgruppen A 3 und A 4 11,99 Euro,
2. in den Besoldungsgruppen A 5 bis A 8 14,16 Euro,
3. in den Besoldungsgruppen A 9 bis A 12 19,44 Euro,
4. in den Besoldungsgruppen A 13 bis A 16 26,77 Euro.

§ 4

Höhe des Anspruchs bei Teilzeitbeschäftigung

(1) Teilzeitbeschäftigte erhalten je Stunde Mehrarbeit bis zum Erreichen der regelmäßigen Arbeitszeit von Vollzeitbeschäftigten eine Vergütung in Höhe des auf eine Stunde entfallenden Anteils der Besoldung entsprechender Vollzeitbeschäftigter.

(2) Zur Ermittlung der auf eine Stunde entfallenden anteiligen Besoldung sind die monatlichen Bezüge entsprechender Vollzeitbeschäftigter durch das 4,348-Fache ihrer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit zu teilen. Bezüge, die nicht der anteiligen Kürzung nach § 6 Absatz 1 des Bundesbesoldungsgesetzes unterliegen, bleiben unberücksichtigt.

(3) Mehrarbeit, die über die regelmäßige Arbeitszeit von Vollzeitbeschäftigten hinausgeht, wird nach § 3 vergütet.

§ 5

Ausschluss des Anspruchs

(1) Die Vergütung wird nicht gewährt neben

1. Auslandsdienstbezügen oder dem Auslandsverwendungszuschlag nach den §§ 52 bis 54 und 56 des Bundesbesoldungsgesetzes,
2. einer Vergütung nach der Soldatenvergütungsverordnung,
3. einer Vergütung nach der Sanitätsoffiziersvergütungsverordnung.

(2) Im Falle der Gewährung einer Stellenzulage nach Nummer 7 oder Nummer 8 der Vorbemerkungen der Anlage I des Bundesbesoldungsgesetzes erhalten

1. Soldatinnen und Soldaten des Observations- und Ermittlungsdienstes, die überwiegend im Außendienst eingesetzt sind, die Vergütung in voller Höhe,
2. andere Soldatinnen und Soldaten der Besoldungsgruppen A 3 bis A 8 die Vergütung nur insoweit, als sie die Stellenzulage übersteigt,
3. alle übrigen Soldatinnen und Soldaten die Vergütung nicht.

(3) Ist die Gewährung einer Vergütung neben einer Stellenzulage ganz oder teilweise ausgeschlossen, gilt dies auch für eine nach Wegfall der Stellenzulage gewährte Ausgleichszulage, solange diese noch nicht bis zur Hälfte aufgezehrt ist.

§ 6

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2016 in Kraft.

Berlin, den 18. Dezember 2015

Der Bundesminister des Innern
Thomas de Maizière

Verordnung zur Änderung der Aufenthaltsverordnung und der AZRG-Durchführungsverordnung

Vom 18. Dezember 2015

Es verordnen auf Grund

- des § 69 Absatz 2 in Verbindung mit Absatz 3 Nummer 4 und 6 des Aufenthaltsgesetzes, von denen Absatz 2 Satz 2 durch Artikel 2 Absatz 59 Nummer 1 des Gesetzes vom 7. August 2013 (BGBl. I S. 3154) geändert und Absatz 3 Nummer 6 durch Artikel 1 Nummer 37 Buchstabe b des Gesetzes vom 22. November 2011 (BGBl. I S. 2258) geändert worden ist, in Verbindung mit dem 2. Abschnitt des Verwaltungskostengesetzes vom 23. Juni 1970 (BGBl. I S. 821) die Bundesregierung sowie
- des § 99 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 und 13a sowie Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Aufenthaltsgesetzes und des § 40 Absatz 1 Nummer 1, 4 und 5 des AZR-Gesetzes, der durch Artikel 5 Nummer 4 Buchstabe a und b des Gesetzes vom 22. November 2011 (BGBl. I S. 2258) geändert worden ist, das Bundesministerium des Innern:

Artikel 1 Änderung der Aufenthaltsverordnung

Die Aufenthaltsverordnung vom 25. November 2004 (BGBl. I S. 2945), die zuletzt durch Artikel 14 Nummer 5 des Gesetzes vom 20. Oktober 2015 (BGBl. I S. 1722) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 6 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Bei Ausländern, denen nach einer Aufnahmezusage nach § 23 Absatz 4 des Aufenthaltsgesetzes eine Aufenthaltserlaubnis erteilt worden ist, ist die Erlangung eines Passes oder Passersatzes regelmäßig nicht zumutbar. Dies gilt entsprechend für Ausländer, die bis zum Ablauf des 31. Juli 2015 im Rahmen des Programms zur dauerhaften Neuansiedlung von Schutzsuchenden (Resettlement-Flüchtlinge) einen Aufenthaltstitel nach § 23 Absatz 2 des Aufenthaltsgesetzes erhalten haben.“

2. In § 17 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Staatsangehörigen der in Anhang II der Verordnung (EG) Nr. 539/2001 in der jeweils geltenden Fassung genannten Staaten“ durch die Wörter „Personen nach Artikel 1 Absatz 2 der Verordnung (EG) Nr. 539/2001 in der jeweils geltenden Fassung und die Inhaber eines von einem Schengen-Staat ausgestellten Aufenthaltstitels oder nationalen Visums für den längerfristigen Aufenthalt“ ersetzt.

3. § 21 wird wie folgt gefasst:

„§ 21

Inhaber von Grenzgängerkarten sind für die Einreise, den Aufenthalt und für die in der Grenzgängerkarte bezeichnete Erwerbstätigkeit im Bundesgebiet vom Erfordernis eines Aufenthaltstitels befreit.“

4. § 31 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Satz 1 Nummer 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Das Visum des Ehegatten oder Lebenspartners und der minderjährigen Kinder eines Ausländers, der eine sonstige Beschäftigung ausüben will, bedarf in der Regel nicht der Zustimmung der Ausländerbehörde, wenn

1. das Visum des Ausländers nicht der Zustimmungspflicht der Ausländerbehörde nach Satz 1 Nummer 2 Buchstabe c unterliegt,
2. das Visum des Ehegatten oder Lebenspartners nicht selbst der Zustimmungspflicht der Ausländerbehörde nach Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a bis c unterliegt,
3. die Visumanträge in zeitlichem Zusammenhang gestellt werden und
4. die Ehe oder Lebenspartnerschaft bereits bei der Visumbeantragung des Ausländers besteht.“

- b) Nach dem neuen Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Dasselbe gilt im Fall eines Ausländers, der eine sonstige Beschäftigung ausüben will, und seiner Familienangehörigen nach Satz 2, wenn das Visum nur auf Grund eines Voraufenthalts im Sinne von Satz 1 Nummer 2 Buchstabe c der Zustimmung der Ausländerbehörde bedarf.“

5. In § 46 Absatz 2 Nummer 3 werden die Wörter „drei Monate“ durch die Angabe „90 Tage“ ersetzt.

6. In § 47 Absatz 1 Nummer 2 wird die Angabe „Abs. 2“ durch die Angabe „Absatz 8“ ersetzt.

7. In § 52 Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Asylberechtigte“ ein Komma und die Wörter „Resettlement-Flüchtlinge im Sinne von § 23 Absatz 4 Satz 1 des Aufenthaltsgesetzes“ eingefügt.

8. § 65 Nummer 9 wird wie folgt geändert:
- In Buchstabe j wird die Angabe „Nr. 6“ durch die Wörter „Absatz 2 Nummer 7“ ersetzt.
 - In Buchstabe r wird die Angabe „§ 54a“ durch die Angabe „§ 56“ ersetzt.
 - In Buchstabe u wird die Angabe „Abs. 1 Satz 3“ durch die Angabe „Absatz 2“ ersetzt.
 - In Buchstabe v wird die Angabe „Abs. 2“ durch die Angabe „Absatz 8“ ersetzt.
9. In Anlage A Nummer 1 wird die Angabe „Kroatien BGBl. 1998 II S. 1388“ gestrichen.
10. In Anlage C wird das Wort „Myanmar“ durch das Wort „Mali“ ersetzt und wird nach dem Wort „Sudan“ das Wort „Südsudan“ eingefügt.

Artikel 2

Änderung der AZRG-Durchführungsverordnung

Die AZRG-Durchführungsverordnung vom 17. Mai 1995 (BGBl. I S. 695), die zuletzt durch Artikel 14 Nummer 4 des Gesetzes vom 20. Oktober 2015 (BGBl. I S. 1722) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 4 wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Für die Datenübermittlung durch die Ausländerbehörden an die Registerbehörde werden das Datenaustauschformat „XAusländer“ und das Übermittlungsprotokoll OSCI-Transport in der im Bundesanzeiger bekannt gemachten jeweils gültigen Fassung verwendet. Die Bekanntmachung erfolgt für das Datenaustauschformat „XAusländer“ durch das Bundesministerium des Innern und für das Übermittlungsprotokoll OSCI-Transport durch die Koordinierungsstelle für IT-Standards (KoSIT). Ein vom OSCI-Transport abweichendes Übermittlungsprotokoll kann eingesetzt werden, soweit dies hinsichtlich der Datensicherheit und des Datenschutzes ein entsprechendes Niveau aufweist. Die Gleichwertigkeit ist durch die verantwortliche Stelle zu dokumentieren. Die Möglichkeiten zur sicheren Verschlüsselung und Signatur sind bei der Übertragung zu nutzen.“

2. Dem § 9 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) § 4 Absatz 7 gilt für die Datenübermittlung durch die Registerbehörde an die Ausländerbehörden entsprechend.“

3. Die Anlage wird wie folgt geändert:

- a) Abschnitt I Nummer 10 wird wie folgt geändert:

- aa) Dem Buchstaben a werden die Doppelbuchstaben ii bis kk angefügt:

„ii) § 17a Absatz 1 AufenthG (Durchführung einer Bildungs- maßnahme) erteilt am befristet bis		(2)*		
jj) § 17a Absatz 4 AufenthG (Arbeitsplatzsuche nach Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen) erteilt am befristet bis		(2)*		
kk) § 17a Absatz 5 AufenthG (Ablegung einer Prüfung) erteilt am befristet bis		(2)**.		

- bb) Buchstabe c wird wie folgt geändert:

- aaa) Nach Doppelbuchstabe dd wird folgender Doppelbuchstabe ee eingefügt:

„ee) § 23 Absatz 4 AufenthG (Resettlement) erteilt am befristet bis		(2)**.		
---	--	--------	--	--

bbb) Die bisherigen Doppelbuchstaben ee bis pp werden die Buchstaben ff bis qq.

ccc) Die folgenden Doppelbuchstaben rr bis vv werden angefügt:

„rr)	§ 25a Absatz 2 Satz 3 AufenthG (Aufenthaltsgewährung bei gut integrierten Jugend- lichen und Heranwachsen- den: Ehegatte/Lebenspart- ner) erteilt am befristet bis		(2)*		
ss)	§ 25a Absatz 2 Satz 5 AufenthG (Aufenthaltsgewährung bei gut integrierten Jugend- lichen und Heranwachsen- den: minderjährige ledige Kinder) erteilt am befristet bis		(2)*		
tt)	§ 25b Absatz 1 Satz 1 AufenthG (Aufenthaltsgewährung bei nachhaltiger Integration: integrierter Ausländer) erteilt am befristet bis		(2)*		
uu)	§ 25b Absatz 4 Satz 1 AufenthG (Aufenthaltsgewährung bei nachhaltiger Integration: Ehegatte/Lebenspartner) erteilt am befristet bis		(2)*		
vv)	§ 25b Absatz 4 Satz 1 AufenthG (Aufenthaltsgewährung bei nachhaltiger Integration: minderjähriges Kind) erteilt am befristet bis		(2)**.		

b) Nummer 11 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Buchstabe j werden die Buchstaben k bis m eingefügt:

„k)	§ 23 Absatz 4 AufenthG (Resettlement) erteilt am		(2)*		
l)	§ 26 Absatz 3 Satz 1 AufenthG (Asyl/GFK nach 3 Jahren) erteilt am		(2)*		
m)	§ 26 Absatz 3 Satz 2 AufenthG (Resettlement nach 3 Jahren) erteilt am		(2)**.		

bb) Die bisherigen Buchstaben l bis s werden die Buchstaben n bis u.

c) Nummer 13 wird wie folgt gefasst:

„A	A ₁ *)	B**)	C	D
13 Bezeichnung der Daten (§ 3 des AZR-Gesetzes)	Pers- nen- kreis	Zeitpunkt der Über- mittlung	Übermittlung durch folgende öffentliche Stellen (§ 6 des AZR-Gesetzes)	Übermittlung/Weitergabe an folgende Stellen
§ 3 Satz 1 Nummer 3 und 7 in Verbindung mit § 2 Ab- satz 2 Nummer 3 und § 3 Satz 1 Nummer 8 Ausweisung und Hinweis auf Begründungstext				<u>§§ 15, 16, 18, 18a, 21, 23 des AZR-Gesetzes</u>
a) Ausweisungsverfügung erlassen am Wirkung befristet bis für die Dauer von ... Jahren/... Monaten ab Ausreise/Abschiebung sofort vollziehbar seit		(3)	– Ausländerbehörden und mit der Durchführung ausländerrechtlicher Vor- schriften betraute öffent- liche Stellen zu Spalte A Buchstabe a bis r – Zuspeicherung durch die Registerbehörde zu Spalte A Buchstabe s	I) – Ausländerbehörden – Aufnahmeeinrichtun- gen oder Stellen nach § 88 Absatz 3 des Asylgesetzes – Bundesamt für Migra- tion und Flüchtlinge – Bundespolizei – andere mit der polizei- lichen Kontrolle des grenzüberschreiten- den Verkehrs beauf- tragte Behörden – oberste Bundes- und Landesbehörden, die mit der Durchführung ausländer-, asyl- und passrechtlicher Vor- schriften als eigener Aufgabe betraut sind – sonstige Polizeivoll- zugsbehörden – Bundesagentur für Arbeit – deutsche Auslands- vertretungen und an- dere öffentliche Stellen im Visaverfahren – Statistisches Bundes- amt zu Spalte A Buchstabe a bis r
b) Ausweisungsverfügung erlassen am Wirkung unbefristet sofort vollziehbar seit		(3)		II) – für die Zuverlässig- keitsüberprüfung nach § 7 des Luftsicher- heitsgesetzes zustän- dige Luftsicherheits- behörden und für die Zuverlässigkeitsüber- prüfung nach § 12b des Atomgesetzes zu- ständige atomrecht- liche Genehmigungs- und Aufsichtsbehör- den – Bundeskriminalamt – Landeskriminalämter – Staatsanwaltschaften – Gerichte
c) Ausweisungsverfügung erlassen am Wirkung befristet bis für die Dauer von ... Jahren/... Monaten ab Ausreise/Abschiebung noch nicht vollziehbar	(1)	(3)		
d) Ausweisungsverfügung erlassen am Wirkung unbefristet noch nicht vollziehbar		(3)		
e) Ausweisungsverfügung erlassen am Wirkung befristet bis für die Dauer von ... Jahren/... Monaten ab Ausreise/Abschiebung unanfechtbar seit		(3)		
f) Ausweisungsverfügung erlassen am Wirkung unbefristet unanfechtbar seit		(3)		
g) § 2 Absatz 7 FreizügG/ EU (Nichtbestehen des Rechts auf Einreise und Aufenthalt) festgestellt am sofort vollziehbar seit		(3)		

A	A ₁ *)	B**)	C	D
13 Bezeichnung der Daten (§ 3 des AZR-Gesetzes)	Perso- nen- kreis	Zeitpunkt der Über- mittlung	Übermittlung durch folgende öffentliche Stellen (§ 6 des AZR-Gesetzes)	Übermittlung/Weitergabe an folgende Stellen
h) § 2 Absatz 7 FreizügG/ EU (Nichtbestehen des Rechts auf Einreise und Aufenthalt) festgestellt am noch nicht vollziehbar		(3)		– Behörden der Zollver- waltung – Träger der Sozialhilfe, Träger der Grund- sicherung für Arbeit- suchende und für die Durchführung des Asylbewerberleis- tungsgesetzes zu- ständige Stellen
i) § 2 Absatz 7 FreizügG/ EU (Nichtbestehen des Rechts auf Einreise und Aufenthalt) festgestellt am unanfechtbar seit		(3)		
j) § 2 Absatz 7 FreizügG/ EU (Nichtbestehen des Rechts auf Einreise und Aufenthalt/Wiederein- reiseverbot) festgestellt am Wirkung befristet bis für die Dauer von ... Jahren/... Monaten ab Ausreise/Abschiebung sofort vollziehbar seit		(3)		
k) § 2 Absatz 7 FreizügG/ EU (Nichtbestehen des Rechts auf Einreise und Aufenthalt/Wiederein- reiseverbot) festgestellt am Wirkung befristet bis für die Dauer von ... Jahren/... Monaten ab Ausreise/Abschiebung noch nicht vollziehbar		(3)		
l) § 2 Absatz 7 FreizügG/ EU (Nichtbestehen des Rechts auf Einreise und Aufenthalt/Wiederein- reiseverbot) festgestellt am Wirkung befristet bis für die Dauer von ... Jahren/... Monaten ab Ausreise/Abschiebung unanfechtbar seit		(3)		

A	A ₁ *)	B**)	C	D
13 Bezeichnung der Daten (§ 3 des AZR-Gesetzes)	Perso- nen- kreis	Zeitpunkt der Über- mittlung	Übermittlung durch folgende öffentliche Stellen (§ 6 des AZR-Gesetzes)	Übermittlung/Weitergabe an folgende Stellen
m) § 5 Absatz 4 FreizügG/ EU (Verlust des Rechts auf Einreise und Aufenthalt) festgestellt am unanfechtbar seit		(3)		
n) § 5 Absatz 4 FreizügG/ EU (Verlust des Rechts auf Einreise und Aufenthalt) festgestellt am sofort vollziehbar seit		(3)		
o) § 5 Absatz 4 FreizügG/ EU (Verlust des Rechts auf Einreise und Aufenthalt) festgestellt am noch nicht vollziehbar		(3)		
p) § 6 Absatz 1 FreizügG/ EU (Verlust des Rechts auf Einreise und Aufenthalt) festgestellt am Wirkung befristet bis für die Dauer von ... Jahren/... Monaten ab Ausreise/Abschiebung noch nicht vollziehbar		(3)		
q) § 6 Absatz 1 FreizügG/ EU (Verlust des Rechts auf Einreise und Aufenthalt) festgestellt am Wirkung befristet bis für die Dauer von ... Jahren/... Monaten ab Ausreise/Abschiebung sofort vollziehbar seit		(3)		
r) § 6 Absatz 1 FreizügG/ EU (Verlust des Rechts auf Einreise und Aufenthalt) festgestellt am Wirkung befristet bis für die Dauer von ... Jahren/... Monaten ab Ausreise/Abschiebung unanfechtbar seit		(3)		
s) Begründungstext liegt vor				

A	A ₁ *)	B**)	C	D
13 Bezeichnung der Daten (§ 3 des AZR-Gesetzes)	Persone- kreis	Zeitpunkt der Über- mittlung	Übermittlung durch folgende öffentliche Stellen (§ 6 des AZR-Gesetzes)	Übermittlung/Weitergabe an folgende Stellen
§ 3 Satz 2 Nummer 3 und 7 in Verbindung mit § 2 Ab- satz 3 Nummer 3 und § 3 Satz 2 Nummer 8 Ausweisung und Hinweis auf Begründungstext – wie vorstehend Spalte A Buchstabe g, i, j, l bis n und q bis s –	(2)	– wie vor- stehend –	– wie vorstehend –	– wie vorstehend –
§ 3 Satz 2 Nummer 3 und 7 in Verbindung mit § 2 Ab- satz 3 Nummer 3 und § 3 Satz 2 Nummer 8 Ausweisung und Hinweis auf Begründungstext – wie vorstehend Spalte A Buchstabe h, k, o, p und s –	(3)	– wie vor- stehend –	– wie vorstehend –	<u>§ 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 6, § 18 Absatz 1, §§ 21, 23 des AZR-Gesetzes</u> zur Durchführung ausländer- oder asylrechtlicher Aufga- ben: – nur die zu Personen- kreis (1) in Spalte D Nummer I genannten Stellen“.

d) Nummer 14 Spalte A Buchstabe g wird wie folgt gefasst:

„g) Abschiebung
vollzogen am
Wirkung befristet bis
für die Dauer von ... Jahren/... Monaten ab Abschiebung“.

e) Nach Nummer 14 wird folgende Nummer 14a eingefügt:

„A	A ₁ *)	B**)	C	D
14a Bezeichnung der Daten (§ 3 des AZR-Gesetzes)	Persone- kreis	Zeitpunkt der Über- mittlung	Übermittlung durch folgende öffentliche Stellen (§ 6 des AZR-Gesetzes)	Übermittlung/Weitergabe an folgende Stellen
§ 3 Satz 1 Nummer 3 und 7 in Verbindung mit § 2 Ab- satz 2 Nummer 3 und § 3 Satz 1 Nummer 8 Einreise- und Aufenthalts- verbot und Hinweis auf Begründungstext a) nach § 11 Absatz 6 AufenthG wegen erheblicher und schuld- hafter Überschreitung der Frist zur freiwilligen Ausreise angeordnet am Wirkung befristet bis für die Dauer von ... Jahren/... Monaten ab Ausreise/Abschiebung	(1)	(2)	– Ausländerbehörden und mit der Durchführung ausländerrechtlicher Vor- schriften betraute öffent- liche Stellen zu Spalte A Buchstabe a bis c – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge zu Spalte A Buchstabe b und c – Zuspeicherung durch die Registerbehörde zu Spalte A Buchstabe d	<u>§§ 15, 16, 18, 18a, 21, 23 des AZR-Gesetzes</u> I) – Ausländerbehörden – Aufnahmeeinrichtun- gen oder Stellen nach § 88 Absatz 3 des Asylgesetzes – Bundesamt für Migra- tion und Flüchtlinge – Bundespolizei – andere mit der polizei- lichen Kontrolle des grenzüberschreiten- den Verkehrs betraute Behörden – oberste Bundes- und Landesbehörden, die mit der Durchführung ausländer-, asyl- und passrechtlicher Vor- schriften als eigener Aufgabe betraut sind

- | | | | | |
|---|--|-------|--|--|
| „d) Kontaktverbot hinsichtlich Personen nach § 56 Absatz 4 AufenthG angeordnet am | | (2) | | |
| e) Nutzungsverbot hinsichtlich Kommunikationsmittel nach § 56 Absatz 4 AufenthG angeordnet am | | (2)“. | | |

cc) Der bisherige Buchstabe e wird Buchstabe f.

g) Nummer 17 wird wie folgt gefasst:

„A	A ₁ *)	B**)	C	D
17 Bezeichnung der Daten (§ 3 des AZR-Gesetzes)	Persone kreis	Zeitpunkt der Über mittlung	Übermittlung durch folgende öffentliche Stellen (§ 6 des AZR-Gesetzes)	Übermittlung/Weitergabe an folgende Stellen
§ 3 Satz 1 Nummer 3 und 7 in Verbindung mit § 2 Ab satz 2 Nummer 3 Duldung				<u>§§ 15, 16, 18, 18a, 21, 23 des AZR-Gesetzes</u>
a) Bescheinigung über die Aussetzung der Ab schiebung (Duldung) nach § 60a Absatz 1 AufenthG erteilt am befristet bis widerrufen am		(2)	– Ausländerbehörden und mit der Durchführung ausländerrechtlicher Vor schriften betraute öffent liche Stellen zu Spalte A Buchstabe a bis d, f und g – mit grenzpolizeilichen Aufgaben betraute Be hörde zu Spalte A Buch stabe e und g	ohne Angabe der einzelnen, in Spalte A Buchstabe b Doppelbuchstabe aa bis dd genannten Duldungsgründe I) – Ausländerbehörden – Aufnahmeeinrichtun gen oder Stellen nach § 88 Absatz 3 des Asylgesetzes – Bundesamt für Migra tion und Flüchtlinge – Bundespolizei – andere mit der polizei lichen Kontrolle des grenzüberschreiten den Verkehrs beauf tragte Behörden – oberste Bundes- und Landesbehörden, die mit der Durchführung ausländer-, asyl- und passrechtlicher Vor schriften als eigener Aufgabe betraut sind – sonstige Polizeivoll zugsbehörden – Bundesagentur für Ar beit – deutsche Auslands vertretungen und an dere öffentliche Stellen im Visaverfahren
b) Bescheinigung über die Aussetzung der Ab schiebung (Duldung) nach § 60a Absatz 2 Satz 1 AufenthG aa) wegen fehlender Reisedokumente bb) aus medizinischen Gründen cc) aufgrund familiärer Bindungen zu einem Duldungs inhaber nach Dop pelbuchstabe aa oder bb dd) aus sonstigen Gründen erteilt am befristet bis widerrufen am	(1)	(2)		II) – für die Zuverlässig keitsüberprüfung nach § 7 des Luftsicher heitsgesetzes zustän dige Luftsicherheits behörden und für die Zuverlässigkeitsüber prüfung nach § 12b des Atomgesetzes zu ständige atomrecht liche Genehmigungs und Aufsichtsbehör den – Bundeskriminalamt – Landeskriminalämter – Staatsanwaltschaften – Gerichte
c) Bescheinigung über die Aussetzung der Ab schiebung (Duldung) nach § 60a Absatz 2 Satz 2 AufenthG erteilt am befristet bis widerrufen am		(2)		
d) Bescheinigung über die Aussetzung der Ab schiebung (Duldung) nach § 60a Absatz 2 Satz 3 AufenthG erteilt am befristet bis widerrufen am		(2)		

A	A ₁ *)	B**)	C	D
17 Bezeichnung der Daten (§ 3 des AZR-Gesetzes)	Persone kreis	Zeitpunkt der Über mittlung	Übermittlung durch folgende öffentliche Stellen (§ 6 des AZR-Gesetzes)	Übermittlung/Weitergabe an folgende Stellen
e) Bescheinigung über die Aussetzung der Ab schiebung (Duldung) nach § 60a Absatz 2a AufenthG erteilt am befristet bis widerrufen am		(2)		– Behörden der Zollver waltung – Träger der Sozialhilfe, Träger der Grund sicherung für Arbeit suchende und für die Durchführung des Asylbewerberleis tungsgesetzes zu ständige Stellen mit Angabe der einzel nen, in Spalte A Buch stabe b Doppelbuch stabe aa bis dd ge nannten Duldungs gründe – Statistisches Bundes amt zu Spalte A Buchstabe a bis d
f) Bescheinigung über die Aussetzung der Ab schiebung (Duldung) nach § 60a Absatz 2b AufenthG erteilt am befristet bis widerrufen am		(2)		
g) Nummer der Bescheini gung		(2)		
§ 3 Satz 2 Nummer 3 und 7 in Verbindung mit § 2 Ab satz 3 Nummer 3 Duldung – wie vorstehend –	(2)	– wie vor stehend –	– wie vorstehend –	– wie vorstehend –“.

h) Nummer 20 Spalte A wird wie folgt geändert:

aa) Die Angabe zu Buchstabe d wird folgt gefasst:

„d) zurückgeschoben am
Wirkung befristet bis
für die Dauer von ... Jahren/... Monaten ab Zurückschiebung“.

bb) Die Angabe zu Buchstabe f wird wie folgt gefasst:

„f) abgeschoben am
Wirkung befristet bis
für die Dauer von ... Jahren/... Monaten ab Abschiebung“.

i) In Nummer 29 Spalte A Buchstabe a wird die Angabe „§ 54 Nummer 6 AufenthG“ durch die Wörter „§ 54 Absatz 2 Nummer 7 AufenthG“ ersetzt.

j) Nummer 37 Spalte A wird wie folgt geändert:

aa) In Buchstabe a werden die Wörter „Buchstabe a bis d“ durch die Wörter „Buchstabe a bis e“ ersetzt.

bb) Nach Buchstabe b wird folgender Buchstabe c eingefügt:

„c) Einreise- und Aufenthaltsverbot
siehe Nummer 14a
Spalte A Buch
stabe a bis c“.

cc) Die bisherigen Buchstaben c und d werden die Buchstaben d und e.

Artikel 3

Inkrafttreten

(1) Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe a und b sowie Artikel 2 Nummer 3 Buchstabe c, d, g und h treten am 1. Januar 2016 in Kraft.

(2) Artikel 2 Nummer 1 und 2 und 3 Buchstabe a, b, e, f, i und j tritt am 1. Mai 2016 in Kraft.

(3) Im Übrigen tritt die Verordnung am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Berlin, den 18. Dezember 2015

Die Bundeskanzlerin
Dr. Angela Merkel

Der Bundesminister des Innern
Thomas de Maizière

Verordnung über den Vorbereitungsdienst für den gehobenen Archivdienst des Bundes (GArchDDV)

Vom 18. Dezember 2015

Auf Grund des § 26 Absatz 1 Nummer 2 und Absatz 2 des Bundesbeamtengesetzes, von denen § 26 Absatz 1 Nummer 2 durch Artikel 1 Nummer 9 des Gesetzes vom 6. März 2015 (BGBl. I S. 250) geändert worden ist, in Verbindung mit § 10 und Anlage 2 Nummer 20 der Bundeslaufbahnverordnung, von denen § 10 durch Artikel 1 Nummer 2 der Verordnung vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 316) geändert und Anlage 2 durch Artikel 1 Nummer 14 derselben Verordnung neu gefasst worden ist, verordnet die Beauftragte der Bundesregierung für Kultur und Medien:

Inhaltsübersicht

Abschnitt 1

Allgemeines

- § 1 Ziel des Vorbereitungsdienstes
- § 2 Einstellungsbehörden, Dienstaufsicht
- § 3 Einstellungsvoraussetzungen
- § 4 Auswahlverfahren
- § 5 Schriftlicher Teil des Auswahlverfahrens
- § 6 Mündlicher Teil des Auswahlverfahrens
- § 7 Feststellung des Gesamtergebnisses des Auswahlverfahrens
- § 8 Auswahlkommission
- § 9 Dauer des Vorbereitungsdienstes
- § 10 Bewertung von Leistungen
- § 11 Nachteilsausgleich

Abschnitt 2

Ausbildung

- § 12 Gliederung des Vorbereitungsdienstes
- § 13 Fachstudien
- § 14 Prüfungsleistungen während der Fachstudien
- § 15 Inhalt der Praktika
- § 16 Lehrveranstaltungen während der Praktika
- § 17 Ausbildungsleitung, Ausbilderinnen und Ausbilder während der Praktika
- § 18 Bewertung der Praktika

Abschnitt 3

Laufbahnprüfung

- § 19 Prüfungsamt
- § 20 Prüfungskommission
- § 21 Zweck und Ablauf der Laufbahnprüfung
- § 22 Prüfungszeitpunkt, Prüfungsorte, Prüfungstermine
- § 23 Schriftliche Prüfung
- § 24 Archivarische Abschlussarbeit
- § 25 Klausur
- § 26 Mündliche Prüfung
- § 27 Verhinderung, Rücktritt, Säumnis
- § 28 Täuschung, Ordnungsverstoß
- § 29 Gesamtnote, Bestehen der Laufbahnprüfung
- § 30 Abschlusszeugnis
- § 31 Prüfungsakten, Einsichtnahme
- § 32 Wiederholung

Abschnitt 4

Schlussvorschriften

- § 33 Übergangsregelung
- § 34 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Abschnitt 1

Allgemeines

§ 1

Ziel des Vorbereitungsdienstes

(1) Der Vorbereitungsdienst vermittelt die wissenschaftlichen Methoden und Kenntnisse, die für die Erfüllung der Aufgaben im gehobenen Archivdienst des Bundes erforderlich sind. Die Anwärterinnen und Anwärter werden insbesondere in den Bereichen der Beratung der öffentlichen Stellen des Bundes bei der Verwaltung ihrer Unterlagen, der Übernahme, Bewertung, Erschließung und Zugänglichmachung von Archivgut, der Benutzerbetreuung sowie der Bestandserhaltung ausgebildet. Die Anwärterinnen und Anwärter

sollen zu verantwortlichem Handeln in einem freiheitlichen, demokratischen und sozialen Rechtsstaat befähigt werden. Hierzu gehört auch die Fähigkeit zur Zusammenarbeit im föderalen und europäischen Raum. Allgemeine berufliche Fähigkeiten, insbesondere die Fähigkeiten zur Kommunikation und Teamarbeit, zum kritischen Überprüfen des eigenen Handelns und zum selbstständigen und wirtschaftlichen Handeln sowie soziale Kompetenzen, sind zu fördern.

(2) Die Anwärterinnen und Anwärter sollen ihre Fähigkeiten und Kompetenzen weiterentwickeln, um den sich ständig wandelnden Herausforderungen des gehobenen Archivdienstes gerecht zu werden.

(3) Die Inhalte der Ausbildung werden in praktischen Ausbildungsphasen (Praktika) und in theoretischen Ausbildungsphasen (Fachstudien) vermittelt.

§ 2

Einstellungsbehörden, Dienstaufsicht

(1) Einstellungsbehörden sind das Bundesarchiv und die Stiftung Preußischer Kulturbesitz. Sie haben insbesondere folgende Aufgaben:

1. die Ausschreibung der zu besetzenden Stellen,
2. die Durchführung des Auswahlverfahrens,
3. die Organisation und Durchführung der Praktika sowie
4. die Entscheidung über eine Verkürzung oder eine Verlängerung des Vorbereitungsdienstes.

(2) Während der Ausbildung an

1. der Hochschule für öffentliche Verwaltung Rheinland-Pfalz in Mayen (Hochschule Mayen) und
2. der Archivschule Marburg – Hochschule für Archivwissenschaft (Archivschule Marburg)

unterstehen die Anwärterinnen und Anwärter neben der Dienstaufsicht ihrer Einstellungsbehörde auch der Dienstaufsicht der jeweiligen Hochschule.

§ 3

Einstellungsvoraussetzungen

In den Vorbereitungsdienst kann eingestellt werden, wer neben den allgemeinen beamtenrechtlichen Einstellungsvoraussetzungen folgende Kenntnisse besitzt:

1. Englischkenntnisse auf dem Niveau B1 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen und
2. Grundkenntnisse der lateinischen oder der französischen Sprache.

§ 4

Auswahlverfahren

(1) Über die Einstellung in den Vorbereitungsdienst entscheidet die Einstellungsbehörde auf der Grundlage eines Auswahlverfahrens. In diesem wird festgestellt, ob die Bewerberinnen und Bewerber auf Grund ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten für den Vorbereitungsdienst geeignet sind.

(2) Zum Auswahlverfahren wird zugelassen, wer nach den eingereichten Unterlagen, insbesondere Schulzeugnissen, Studiennachweisen und Arbeitszeugnissen, die in der Ausschreibung genannten

Voraussetzungen erfüllt. Übersteigt die Zahl der geeignet erscheinenden Bewerberinnen und Bewerber das Dreifache der Zahl der Ausbildungsplätze, kann die Zahl der am Auswahlverfahren Teilnehmenden beschränkt werden; jedoch sind mindestens dreimal so viele Bewerberinnen und Bewerber zum Auswahlverfahren zuzulassen, wie Ausbildungsplätze angeboten werden. Im Fall einer Beschränkung wird zugelassen, wer nach den eingereichten Unterlagen, insbesondere unter Berücksichtigung der in den ausbildungsrelevanten Fächern erzielten Zeugnisnoten, am besten geeignet erscheint. Zusätzlich werden nach Maßgabe des § 82 Satz 2 und 3 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch schwerbehinderte und diesen gleichgestellte behinderte Menschen zugelassen, wenn sie die in der Ausschreibung genannten Voraussetzungen erfüllen.

(3) Wer zum Auswahlverfahren nicht zugelassen wird oder daran erfolglos teilgenommen hat, erhält eine schriftliche Mitteilung über die Ablehnung. Die Bewerbungsunterlagen werden vernichtet.

(4) Das Auswahlverfahren besteht aus einem schriftlichen und einem sich anschließenden mündlichen Teil.

§ 5

Schriftlicher Teil des Auswahlverfahrens

(1) Im schriftlichen Teil des Auswahlverfahrens werden drei Leistungstests durchgeführt. Jeweils in einem gesonderten Leistungstest sollen nachgewiesen werden:

1. Kenntnisse in deutscher Geschichte, insbesondere in der deutschen Geschichte des 19. und 20. Jahrhunderts, und über die Grundlagen des staatlichen und gesellschaftlichen Lebens, insbesondere der Bundesrepublik Deutschland,
2. die Fähigkeit zum Erfassen von Inhalten, zur eigenständigen Gedankenführung und zum korrekten sprachlichen Ausdruck,
3. Konzentrationsfähigkeit und Präzision.

(2) Jeder Leistungstest wird mit Rangpunkten bewertet.

§ 6

Mündlicher Teil des Auswahlverfahrens

(1) Der mündliche Teil des Auswahlverfahrens besteht aus einem fünfminütigen Referat und einem 15- bis 20-minütigen Einzelgespräch der Auswahlkommission mit der Bewerberin oder dem Bewerber in Form eines teilstrukturierten Interviews. Referat und Einzelgespräch dienen auch der Feststellung der persönlichen Eignung der Bewerberin oder des Bewerbers, insbesondere hinsichtlich des Auftretens, des Kommunikationsverhaltens und der Belastbarkeit.

(2) Das Thema des Referates leitet sich aus den Aufgaben des gehobenen Archivdienstes des Bundes ab und wird den Bewerberinnen und Bewerbern mit der Einladung zum Auswahlverfahren bekannt gegeben. Mit dem Referat soll die Qualität der Vorbereitung und die Fähigkeit zur Präsentation bewiesen werden. Im Anschluss an das Referat können von der Auswahlkommission hierzu Fragen gestellt werden.

(3) In dem Einzelgespräch stellt die Auswahlkommission Fragen zum bisherigen Werdegang, zur Moti-

vation, zum Fachwissen und zur sozialen Kompetenz der Bewerberin oder des Bewerbers.

(4) Das Referat, das Einzelgespräch mit der Auswahlkommission und die persönliche Eignung werden gesondert mit Rangpunkten bewertet.

(5) Der Bewerberin oder dem Bewerber ist Gelegenheit für Fragen zum angestrebten Beruf und zum Fortgang des Bewerbungsverfahrens zu geben. Diese Fragen werden bei der Bewertung nicht berücksichtigt.

§ 7

Feststellung des Gesamtergebnisses des Auswahlverfahrens

(1) In der Abschlussbesprechung setzt die Auswahlkommission für jede Bewerberin und jeden Bewerber das Gesamtergebnis des Auswahlverfahrens fest.

(2) Das Gesamtergebnis ergibt sich durch Addition der Rangpunkte der drei schriftlichen Leistungstests, der Rangpunkte des Referates und des Einzelgesprächs sowie der Rangpunkte, die für die persönliche Eignung vergeben werden. Dabei werden die Bewertungen der drei schriftlichen Leistungstests und des Referates einfach, die Bewertungen des Einzelgesprächs und der persönlichen Eignung zweifach gewichtet.

(3) Zum Vorbereitungsdienst kann nur zugelassen werden, wer ein Gesamtergebnis von mindestens 68 Punkten erreicht hat.

§ 8

Auswahlkommission

(1) Das Auswahlverfahren wird von einer bei der Einstellungsbehörde eingerichteten Auswahlkommission durchgeführt. Teile des Auswahlverfahrens können ausgliedert werden; die Gesamtverantwortung bleibt jedoch bei der Auswahlkommission.

(2) Die Auswahlkommission besteht aus

1. der Ausbildungsleiterin oder dem Ausbildungsleiter der Einstellungsbehörde oder der jeweiligen Vertretung (§ 17 Absatz 1 Satz 1) als Vorsitzender oder Vorsitzendem sowie
2. je einer Beamtin oder einem Beamten des höheren und des gehobenen Archivdienstes des Bundes als Beisitzerin oder Beisitzer.

(3) Die Mitglieder der Auswahlkommission und eine ausreichende Zahl von Ersatzmitgliedern werden von der Präsidentin oder dem Präsidenten der Einstellungsbehörde für fünf Jahre bestellt. Wiederbestellung ist zulässig. Bei der Besetzung der Auswahlkommission werden Frauen und Männer in einem ausgewogenen Verhältnis berücksichtigt.

(4) Die Mitglieder sind in dieser Funktion unabhängig und nicht weisungsgebunden.

(5) Die Auswahlkommission entscheidet mit Stimmmehrheit. Stimmenthaltung ist nicht zulässig.

(6) Die Auswahlkommission bewertet die Ergebnisse des mündlichen und des schriftlichen Teils. Sie legt eine Rangfolge der geeigneten Bewerberinnen und Bewerber fest, die für die Einstellung maßgebend ist.

§ 9

Dauer des Vorbereitungsdienstes

Der Vorbereitungsdienst dauert drei Jahre.

§ 10

Bewertung von Leistungen

(1) Leistungen werden wie folgt mit Rangpunkten bewertet:

	Rangpunkte	Note	Notendefinition
	1	2	3
1	15 bis 14	sehr gut	eine Leistung, die den Anforderungen in besonderem Maße entspricht
2	13 bis 11	gut	eine Leistung, die den Anforderungen voll entspricht
3	10 bis 8	befriedigend	eine Leistung, die den Anforderungen entspricht
4	7 bis 5	ausreichend	eine Leistung, die zwar Mängel aufweist, aber im Ganzen den Anforderungen noch entspricht
5	4 bis 2	mangelhaft	eine Leistung, die den Anforderungen nicht entspricht, jedoch erkennen lässt, dass die notwendigen Grundkenntnisse vorhanden sind und die Mängel in absehbarer Zeit behoben werden können
6	1 bis 0	ungenügend	eine Leistung, die den Anforderungen nicht entspricht und bei der selbst die Grundkenntnisse so lückenhaft sind, dass die Mängel in absehbarer Zeit nicht behoben werden können

(2) Durchschnittsrangpunktzahlen werden auf zwei Nachkommastellen ohne Rundung berechnet.

(3) Für das Ergebnis der Laufbahnprüfung wird zusätzlich eine Gesamtnote vergeben.

§ 11

Nachteilsausgleich

Schwerbehinderten und diesen gleichgestellten Menschen werden von der Einstellungsbehörde in den Auswahl- und Prüfungsverfahren sowie beim Erbringen von Leistungen angemessene Prüfungserleichterungen gewährt. Hierauf sind sie durch die Einstellungsbehörde rechtzeitig hinzuweisen. Als Prüfungserleichterungen kommen insbesondere die Gewährung von verlängerten Bearbeitungszeiten und Pausen bei Klausuren in Betracht. Art und Umfang der Prüfungserleichterungen sind mit den Betroffenen und der

Schwerbehindertenvertretung rechtzeitig zu erörtern. Die inhaltlichen Anforderungen an das Auswahlverfahren, die Leistungen und Prüfungen dürfen nicht herabgesetzt werden.

Abschnitt 2 Ausbildung

§ 12

Gliederung des Vorbereitungsdienstes

Der Vorbereitungsdienst besteht aus folgenden Ausbildungsphasen:

	Ausbildungsphase	Ausbildungsstelle	Dauer
	1	2	3
1	Praktikum I	Bundesarchiv oder Geheimes Staatsarchiv – Preußischer Kulturbesitz	3 Monate
2	Praktikum II	Bundesarchiv oder Geheimes Staatsarchiv – Preußischer Kulturbesitz	2 Monate
3	Fachstudium I	Hochschule Mayen	3 Monate
4	Praktikum III	Bundesarchiv oder Geheimes Staatsarchiv – Preußischer Kulturbesitz	4 Monate
5	Fachstudium II einschließlich Zwischenprüfung	Archivschule Marburg	18 Monate
6	Praktikum IV einschließlich Laufbahnprüfung	Bundesarchiv oder Geheimes Staatsarchiv – Preußischer Kulturbesitz	6 Monate

Für die Fachstudien werden die Anwärterinnen und Anwärter an die jeweilige Hochschule abgeordnet.

§ 13

Fachstudien

(1) Ziel des Fachstudiums I ist es, den Anwärterinnen und Anwärtern insbesondere die erforderlichen Kenntnisse auf dem Gebiet des allgemeinen Verwaltungshandelns zu vermitteln. Die Einzelheiten ergeben sich aus dem Modulhandbuch für das Verwaltungsgrundstudium in Laufbahnen des gehobenen technischen Dienstes in der Landesverwaltung und der Kommunalverwaltung der Hochschule Mayen vom 1. Februar 2015 in der jeweils geltenden Fassung, das auf der Internetseite der Hochschule veröffentlicht ist.

(2) Ziel des Fachstudiums II ist es, den Anwärterinnen und Anwärtern insbesondere die erforderlichen Kenntnisse aus den Bereichen Archivwissenschaft, Archivrecht und Geschichtswissenschaft sowie die Kenntnisse über die historischen Hilfswissenschaften zu vermitteln, die zur Erfüllung archivfachlicher Querschnittsaufgaben erforderlich sind. Die Einzelheiten ergeben sich aus der Studienordnung für das Studium an der Archivschule Marburg – Hochschule für Archivwissenschaft – im Rahmen der Ausbildung des gehobenen

Archivdienstes vom 24. Mai 2013 (Staatsanzeiger für das Land Hessen S. 967).

§ 14

Prüfungsleistungen während der Fachstudien

(1) Während der Fachstudien sind Prüfungsleistungen zu erbringen.

(2) Die Prüfungsleistungen, die während des Fachstudiums I zu erbringen sind, richten sich nach dem Modulhandbuch für das Verwaltungsgrundstudium in Laufbahnen des gehobenen technischen Dienstes in der Landesverwaltung und der Kommunalverwaltung der Hochschule Mayen.

(3) Die Prüfung, die während des Fachstudiums II als Zwischenprüfung an der Archivschule Marburg zu erbringen ist, richtet sich nach den §§ 11 bis 16 Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den gehobenen Archivdienst in Hessen vom 30. November 2011 (Staatsanzeiger für das Land Hessen S. 1622).

§ 15

Inhalt der Praktika

(1) In den Praktika werden anhand praktischer Fälle vermittelt:

1. die Arbeitsweise und die Funktionen von Archiven,
2. die wesentlichen Aufgaben des gehobenen Archivdienstes des Bundes,
3. die Anwendung der archivrechtlichen Vorschriften,
4. die Umsetzung archivfachlicher Anweisungen sowie
5. die archivarchaischen Arbeitstechniken.

(2) Je nach ihrem Ausbildungsstand und den organisatorischen Möglichkeiten sollen die Anwärterinnen und Anwärter

1. typische Geschäftsvorgänge selbstständig bearbeiten,
2. an dienstlichen Veranstaltungen und internen Fortbildungsveranstaltungen, die der Ausbildung förderlich sind, teilnehmen und
3. Gelegenheit erhalten, sich im Vortrag und in der Verhandlungsführung zu üben.

(3) Den Anwärterinnen und Anwärtern dürfen keine Tätigkeiten übertragen werden, die nicht dem Ausbildungsziel entsprechen.

§ 16

Lehrveranstaltungen während der Praktika

Während der Praktika werden Lehrveranstaltungen durchgeführt, welche auf die Fachstudien vorbereiten und der Vertiefung der in den Fachstudien und in den Praktika erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten dienen. Die Einstellungsbehörde stimmt die Lehrveranstaltungen und den praktischen Einsatz am Arbeitsplatz aufeinander ab.

§ 17

**Ausbildungsleitung, Ausbilderinnen
und Ausbilder während der Praktika**

(1) Die Einstellungsbehörde bestellt eine Beamtin oder einen Beamten des höheren Archivdienstes zur Ausbildungsleiterin oder zum Ausbildungsleiter sowie eine Vertreterin oder einen Vertreter. Diese sind für die ordnungsgemäße Durchführung der Praktika verantwortlich.

(2) Die Ausbildungsleiterin oder der Ausbildungsleiter

1. weist den Ausbilderinnen und Ausbildern Anwärterinnen und Anwärter zur Ausbildung zu, jedoch nicht mehr, als die Ausbilderinnen und Ausbilder mit Sorgfalt ausbilden können,
2. lenkt und überwacht die Ausbildung der Anwärterinnen und Anwärter,
3. stellt eine sorgfältige Ausbildung sicher,
4. führt regelmäßig Besprechungen mit den Anwärterinnen und Anwärtern durch und
5. berät die Anwärterinnen und Anwärter in Fragen der Ausbildung.

(3) Zu Ausbilderinnen und Ausbildern werden Beamtinnen oder Beamte des gehobenen oder höheren Dienstes derjenigen Organisationseinheiten bestellt, in denen Anwärterinnen und Anwärter ausgebildet werden. Die Ausbilderinnen und Ausbilder unterweisen die Anwärterinnen und Anwärter am Arbeitsplatz, leiten sie an und informieren die Ausbildungsleitung regelmäßig über den erreichten Ausbildungsstand.

(4) Soweit erforderlich werden Ausbildungsleitung sowie Ausbilderinnen und Ausbilder von anderen Dienstgeschäften entlastet.

§ 18

Bewertung der Praktika

(1) Die Ausbilderinnen und Ausbilder bewerten die Leistungen und den Ausbildungsstand der Anwärterinnen und Anwärter während der Praktika schriftlich für jede Ausbildungsphase.

(2) Die Bewertungen werden den Anwärterinnen und Anwärtern eröffnet und mit ihnen besprochen. Die Anwärterinnen und Anwärter erhalten eine Ausfertigung der Bewertung.

(3) Im Praktikum IV erstellt die Einstellungsbehörde vor der Laufbahnprüfung ein zusammenfassendes Zeugnis, das die Rangpunktzahlen der einzelnen Praktika und die hieraus errechnete Durchschnittsrangpunktzahl aufführt. Die Anwärterinnen und Anwärter erhalten eine Ausfertigung des Zeugnisses.

Abschnitt 3**Laufbahnprüfung**

§ 19

Prüfungsamt

(1) Die oder der Beauftragte der Bundesregierung für Kultur und Medien richtet ein Prüfungsamt ein.

(2) Vertreterinnen und Vertreter des Prüfungsamtes können jederzeit an der Laufbahnprüfung teilnehmen.

§ 20

Prüfungskommission

(1) Die oder der Beauftragte der Bundesregierung für Kultur und Medien richtet bei der Einstellungsbehörde eine Prüfungskommission ein. Die Prüfungskommission führt die Laufbahnprüfung durch und bewertet sie.

(2) Die Prüfungskommission besteht aus

1. einer Beamtin oder einem Beamten des höheren Archivdienstes als Vorsitzender oder Vorsitzendem,
2. zwei Beamtinnen oder Beamten des höheren Archivdienstes als Beisitzenden und
3. zwei Beamtinnen oder Beamten des gehobenen Archivdienstes als weiteren Beisitzenden.

(3) Die Mitglieder der Prüfungskommission werden für fünf Jahre bestellt. Wiederbestellung ist zulässig.

(4) Die Mitglieder der Prüfungskommission sollen an der Ausbildung der zu prüfenden Anwärterinnen und Anwärter mitgewirkt haben.

(5) Die Mitglieder der Prüfungskommission sind bei ihrer Prüfungstätigkeit unabhängig und nicht weisungsgebunden.

(6) Die Prüfungskommission ist beschlussfähig, wenn die oder der Vorsitzende sowie mindestens drei weitere Mitglieder anwesend sind. Sie entscheidet mit Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme der oder des Vorsitzenden den Ausschlag. Stimmenthaltung ist nicht zulässig.

§ 21

Zweck und**Ablauf der Laufbahnprüfung**

(1) In der Laufbahnprüfung weisen die Anwärterinnen und Anwärter nach, dass sie

1. gründliche Fachkenntnisse erworben haben und
2. fähig sind, methodisch und selbstständig auf wissenschaftlicher Grundlage zu arbeiten.

(2) Die Laufbahnprüfung besteht aus einer schriftlichen und einer mündlichen Prüfung.

§ 22

Prüfungszeitpunkt,**Prüfungsorte, Prüfungstermine**

(1) Die Laufbahnprüfung wird in der zweiten Hälfte des Praktikums IV absolviert.

(2) Die Einstellungsbehörde setzt Orte und Termine der schriftlichen und der mündlichen Prüfung fest. Sie informiert darüber rechtzeitig das Prüfungsamt sowie die Anwärterinnen und Anwärter.

§ 23

Schriftliche Prüfung

(1) Die schriftliche Prüfung besteht aus

1. einer archivarischen Abschlussarbeit und
2. einer Klausur.

(2) Die Klausur soll zwei Wochen vor dem Termin der mündlichen Prüfung stattfinden. Die Prüfungsaufgaben

für die Klausur und die Aufgabenstellung für die archivarische Abschlussarbeit werden von der Prüfungskommission gestellt. Die Prüfungsaufgaben für die Klausur und die Aufgabenstellung für die archivarische Abschlussarbeit werden dem Prüfungsamt mitgeteilt. Im Übrigen sind sie geheim zu halten.

(3) Die archivarische Abschlussarbeit und die Klausur werden jeweils von zwei Prüferinnen oder Prüfern, die Mitglieder der Prüfungskommission sind, unabhängig voneinander mit Rangpunkten bewertet. Die Zweitprüferin oder der Zweitprüfer kann Kenntnis von der Bewertung der Erstprüferin oder des Erstprüfers haben. Weichen die Bewertungen voneinander ab, entscheidet die Prüfungskommission.

§ 24

Archivarische Abschlussarbeit

(1) Das Thema der archivarischen Abschlussarbeit soll im Zusammenhang mit den Archivbeständen der Einstellungsbehörde stehen. Mögliche Aufgabenstellungen können sein:

1. eine Ordnungs- und Verzeichnungsarbeit oder
2. eine Bestandsanalyse und eine Bewertungskonzeption.

(2) Die Einstellungsbehörde stellt das Thema zwölf Wochen vor dem Termin der mündlichen Prüfung. Die Bearbeitungszeit umfasst acht Wochen. Eine nicht oder nicht rechtzeitig abgegebene Abschlussarbeit gilt als mit null Rangpunkten bewertet.

(3) Bei der Abgabe der archivarischen Abschlussarbeit haben die Anwärtinnen und Anwärter zu versichern, dass sie bei der Anfertigung der Arbeit keine fremde Hilfe in Anspruch genommen haben.

§ 25

Klausur

(1) Die Prüfungsaufgaben für die Klausur können folgende Fachgebiete betreffen:

1. Archivwissenschaft,
2. allgemeine deutsche und preußische Geschichte, historische Landeskunde und neuere Verwaltungsgeschichte,
3. Formenkunde des behördlichen Schriftgutes und jüngere Schriftenentwicklung,
4. ältere Schriftenentwicklung und Urkundenlehre, Siegel-, Wappen-, Münz- und Familienkunde sowie Zeitrechnung,
5. Archivtechnik,
6. archivarische Rechtskunde,
7. Funktion, Struktur, Bestände und Geschichte der Archive des Bundes.

(2) Für die Bearbeitung der Klausur werden vier Zeitstunden angesetzt. Eine nicht oder nicht rechtzeitig abgegebene Klausur gilt als mit null Rangpunkten bewertet.

(3) Bei jeder Aufgabe werden die Hilfsmittel, die verwendet werden dürfen, angegeben.

(4) Über die Bearbeitung der Klausur fertigt die oder der Aufsichtführende ein Protokoll, in dem sie oder er Folgendes vermerkt:

1. die Zeitpunkte des Beginns der Bearbeitung und der Abgabe der Klausur,
2. Unterbrechungszeiten,
3. in Anspruch genommene Prüfungserleichterungen sowie
4. besondere Vorkommnisse.

Das Protokoll ist von der oder dem Aufsichtführenden zu unterschreiben.

(5) Erscheinen Anwärtinnen und Anwärter verspätet zur Klausur und liegt kein Fall nach § 27 vor, gilt die versäumte Zeit als Bearbeitungszeit.

§ 26

Mündliche Prüfung

(1) Die Prüfungskommission stellt die Aufgaben für die mündliche Prüfung zu vier der in § 25 Absatz 1 genannten Fachgebiete. Den Anwärtinnen und Anwärtern eines Jahrgangs werden dieselben Aufgaben gestellt. Die Aufgaben sind bis zur Prüfung geheim zu halten.

(2) Die Prüfung soll als Einzelprüfung durchgeführt werden. Sie soll nicht länger als 45 Minuten dauern. Die Prüfungszeit ist gleichmäßig auf die von der Prüfungskommission gewählten Fachgebiete aufzuteilen.

(3) Die oder der Vorsitzende der Prüfungskommission leitet die Prüfung. Die Prüfung ist nicht öffentlich. Die Einstellungsbehörde kann Angehörigen ihres Hauses, die mit der Ausbildung von Anwärtinnen und Anwärtern für den gehobenen Archivdienst des Bundes befasst sind, die Anwesenheit in der mündlichen Prüfung allgemein oder im Einzelfall gestatten. § 19 Absatz 3 bleibt unberührt.

(4) Die Prüfungskommission bewertet die Leistungen in den einzelnen Fachgebieten mit Rangpunkten. Aus den Bewertungen der einzelnen Fachgebiete wird als Ergebnis für die mündliche Prüfung eine Durchschnittsrangpunktzahl errechnet.

(5) Über die Prüfung wird ein Protokoll gefertigt, das die Mitglieder der Prüfungskommission unterschreiben.

§ 27

Verhinderung, Rücktritt, Säumnis

(1) Wer durch eine Erkrankung oder sonstige nicht zu vertretende Umstände gehindert ist, die Laufbahnprüfung oder Teile der Laufbahnprüfung abzulegen, hat dies unverzüglich in geeigneter Form nachzuweisen. Eine Erkrankung ist durch Vorlage eines ärztlichen Attests nachzuweisen. Auf Verlangen der Einstellungsbehörde ist ein amtsärztliches Attest oder das Attest einer Ärztin oder eines Arztes vorzulegen, die oder der von der Einstellungsbehörde beauftragt worden ist.

(2) Liegt ein wichtiger Grund vor, können Anwärtinnen und Anwärter mit Genehmigung der Einstellungsbehörde von der Laufbahnprüfung zurücktreten.

(3) Bei Verhinderung oder Rücktritt nach Absatz 1 oder Absatz 2 gilt die Laufbahnprüfung oder der betreffende Teil der Laufbahnprüfung als nicht begonnen. Die Einstellungsbehörde

1. bestimmt, wann die Laufbahnprüfung oder der betreffende Teil der Laufbahnprüfung nachgeholt wird,

2. entscheidet, inwieweit die bereits abgelieferten Teile der Laufbahnprüfung gewertet werden.

(4) Versäumen Anwärterinnen und Anwärter die Laufbahnprüfung ganz oder teilweise ohne ausreichende Entschuldigung, entscheidet die Einstellungsbehörde, ob

1. der nicht erbrachte Teil der Laufbahnprüfung nachgeholt werden kann,
2. der nicht erbrachte Teil der Laufbahnprüfung mit null Rangpunkten bewertet wird oder
3. die gesamte Laufbahnprüfung für nicht bestanden erklärt wird.

Die Entscheidung ist mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen.

§ 28

Täuschung, Ordnungsverstoß

(1) Anwärterinnen und Anwärter, die bei der Laufbahnprüfung täuschen, eine Täuschung versuchen, an einer Täuschung oder einem Täuschungsversuch mitwirken oder sonst gegen die Ordnung verstoßen, soll die Fortsetzung der Prüfung unter dem Vorbehalt einer abweichenden Entscheidung der Prüfungskommission gestattet werden. Bei einem erheblichen Ordnungsverstoß können Anwärterinnen und Anwärter von der Laufbahnprüfung ausgeschlossen werden.

(2) Über das Vorliegen und die Folgen eines Ordnungsverstoßes während der Laufbahnprüfung entscheidet die Prüfungskommission.

(3) Wird der Ordnungsverstoß erst nach Abgabe der schriftlichen Arbeiten festgestellt, entscheidet die Prüfungskommission je nach der Schwere der Verfehlung, ob

1. Prüfungsleistungen zu wiederholen sind,
2. die schriftliche Prüfung mit null Rangpunkten bewertet wird oder
3. die gesamte Laufbahnprüfung für nicht bestanden erklärt wird.

Die oder der Vorsitzende der Prüfungskommission informiert das Prüfungsamt über die Vorkommnisse und über die getroffenen Entscheidungen.

(4) Wird eine Täuschung erst nach Abschluss der mündlichen Prüfung festgestellt oder kann sie erst nach Abschluss der mündlichen Prüfung nachgewiesen werden, kann das Prüfungsamt nach Anhörung der Einstellungsbehörde die Laufbahnprüfung innerhalb von fünf Jahren nach dem Tag der mündlichen Prüfung für nicht bestanden erklären. Der Bescheid ist mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen.

(5) Die Betroffenen sind vor einer Entscheidung nach den Absätzen 2 bis 4 anzuhören.

§ 29

Gesamtnote, Bestehen der Laufbahnprüfung

(1) Die Gesamtnote entspricht der abschließenden Rangpunktzahl. Für die Berechnung der abschließenden Rangpunktzahl werden berücksichtigt:

1. die Durchschnittsrangpunktzahl der Prüfungsleistungen während des Fachstudiums I nach § 14 Absatz 2 mit 5 Prozent,
2. die Rangpunktzahl der Zwischenprüfung nach § 14 Absatz 3 mit 40 Prozent,
3. die Durchschnittsrangpunktzahl der Bewertungen der vier Praktika nach § 18 Absatz 3 mit 20 Prozent,
4. die Rangpunktzahl der archivarischen Abschlussarbeit nach § 24 mit 20 Prozent,
5. die Rangpunktzahl der Klausur nach § 25 mit 5 Prozent und
6. die Durchschnittsrangpunktzahl der mündlichen Prüfung nach § 26 mit 10 Prozent.

(2) Den Bewertungen der Hochschule Mayen und der Archivschule Marburg sind für die Berechnung der abschließenden Rangpunktzahl soweit erforderlich die entsprechenden Rangpunkte nach § 10 zuzuweisen.

(3) Ist die abschließende Rangpunktzahl höher als 5, wird sie kaufmännisch auf eine ganze Zahl gerundet.

(4) Die Laufbahnprüfung ist bestanden, wenn in der Gesamtnote mindestens die Rangpunktzahl 5 erreicht worden ist.

(5) Im Anschluss an die Festsetzung der Gesamtnote teilt die oder der Vorsitzende der Prüfungskommission den Anwärterinnen und Anwärtern die erreichten Rangpunkte und Noten mit und erläutert die Bewertung auf Wunsch kurz mündlich.

§ 30

Abschlusszeugnis

(1) Anwärterinnen und Anwärter, die die Laufbahnprüfung bestanden haben, erhalten vom Prüfungsamt ein Abschlusszeugnis. Dieses enthält mindestens die Gesamtnote sowie die nach § 29 Absatz 1 Satz 2 errechnete abschließende Rangpunktzahl.

(2) Ist die Laufbahnprüfung nicht bestanden, gibt das Prüfungsamt dies den Anwärterinnen und Anwärtern schriftlich bekannt.

(3) Das Abschlusszeugnis nach Absatz 1 und die Mitteilung nach Absatz 2 werden mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen. Eine beglaubigte Abschrift des Abschlusszeugnisses wird zur Personalakte genommen.

(4) Das Beamtenverhältnis endet an dem Tag, an dem das Ergebnis der Laufbahnprüfung schriftlich bekannt gegeben wird.

(5) Wer die Prüfung endgültig nicht bestanden hat, erhält von der Einstellungsbehörde einen Bescheid über die nicht bestandene Laufbahnprüfung sowie eine Bescheinigung über die erbrachten Leistungen und die Ausbildungsdauer.

(6) Fehler und offensichtliche Unrichtigkeiten bei der Ermittlung oder Mitteilung der Prüfungsergebnisse werden wie folgt berichtigt:

1. in den Fällen der Absätze 1 und 2 durch das Prüfungsamt,
2. im Fall des Absatzes 5 durch die Einstellungsbehörde.

Unrichtige Prüfungszeugnisse haben die Anwärterinnen und Anwärter zurückzugeben. Dies gilt entsprechend für Fälle des § 28 Absatz 4 Satz 1.

§ 31

Prüfungsakten, Einsichtnahme

(1) Zu den Prüfungsakten ist zu nehmen:

1. eine Ausfertigung der Bescheinigung über die während des Fachstudiums I erbrachten Prüfungsleistungen,
2. eine Ausfertigung des Zeugnisses über die Zwischenprüfung,
3. eine Ausfertigung des Zeugnisses über die Praktika,
4. das Protokoll über die Klausur und die mündliche Prüfung sowie
5. eine Ausfertigung des Prüfungszeugnisses sowie die Klausur und die schriftliche Abschlussarbeit.

(2) Die Prüfungsakten werden bei der Einstellungsbehörde mindestens fünf und höchstens zehn Jahre aufbewahrt.

(3) Nach Zustellung des Abschlusszeugnisses oder des Bescheides über die nicht bestandene Laufbahnprüfung können die Betroffenen auf Antrag Einsicht in ihre Prüfungsakten nehmen. Die Einsichtnahme ist in der Akte zu vermerken.

§ 32

Wiederholung

(1) Die Einstellungsbehörde bestimmt im Benehmen mit der Ausbildungsleitung, innerhalb welcher Frist

Anwärterinnen und Anwärter, die die Laufbahnprüfung nicht bestanden haben, die Prüfung einmalig wiederholen können. Die Wiederholungsfrist soll mindestens drei und höchstens zwölf Monate betragen.

(2) Der Vorbereitungsdienst wird bis zum Ablauf der Wiederholungsfrist verlängert.

Abschnitt 4

Schlussvorschriften

§ 33

Übergangsregelung

Für Anwärterinnen und Anwärter, die vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung mit dem Vorbereitungsdienst begonnen haben, ist die Verordnung über die Laufbahn, Ausbildung und Prüfung für den gehobenen Archivdienst des Bundes vom 15. August 2002 (BGBl. I S. 3187), die zuletzt durch Artikel 3 Absatz 33 der Verordnung vom 12. Februar 2009 (BGBl. I S. 320) geändert worden ist, weiter anzuwenden.

§ 34

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Oktober 2015 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Verordnung über die Laufbahn, Ausbildung und Prüfung für den gehobenen Archivdienst des Bundes vom 15. August 2002 (BGBl. I S. 3187), die zuletzt durch Artikel 3 Absatz 33 der Verordnung vom 12. Februar 2009 (BGBl. I S. 320) geändert worden ist, außer Kraft.

Bonn, den 18. Dezember 2015

Die Beauftragte
der Bundesregierung
für Kultur und Medien
Monika Grütters

**Anordnung
über die Ernennung und Entlassung
der Beamtinnen und Beamten der Bundesfinanzverwaltung**

Vom 16. Dezember 2015

I.

Nach Artikel 1 der Anordnung des Bundespräsidenten über die Ernennung und Entlassung der Beamtinnen, Beamten, Richterinnen und Richter des Bundes vom 23. Juni 2004 (BGBl. I S. 1286) übertrage ich widerruflich die Ausübung des Rechts zur Ernennung und Entlassung der Bundesbeamtinnen und Bundesbeamten

- a) der Besoldungsgruppen A 2 bis A 16
 - der Präsidentin oder dem Präsidenten der Generalzolldirektion,
 - b) der Besoldungsgruppen A 2 bis A 15
 - der Präsidentin oder dem Präsidenten des Bundeszentralamtes für Steuern,
 - der Präsidentin oder dem Präsidenten des Bundesamtes für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen und des Bundesausgleichsamtes,
 - der Leiterin oder dem Leiter des Informationstechnikzentrums Bund,
 - c) der Besoldungsgruppen A 2 bis A 13g
 - der Präsidentin oder dem Präsidenten der Bundesmonopolverwaltung für Branntwein,
 - den Leiterinnen und Leitern der Hauptzollämter und
 - den Leiterinnen und Leitern der Zollfahndungsämter
- jeweils für ihren Geschäftsbereich.

II.

Diese Anordnung tritt am 1. Januar 2016 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Anordnung über die Ernennung und Entlassung der Beamtinnen und Beamten der Bundesfinanzverwaltung vom 12. August 2009 (BGBl. I S. 2863) außer Kraft.

Berlin, den 16. Dezember 2015

Der Bundesminister der Finanzen
Schäuble

**Anordnung
zur Übertragung beamtenrechtlicher Befugnisse
und Zuständigkeiten im Bereich der Deutschen Telekom AG
(DTAGÜbertrAnO)**

Vom 16. Dezember 2015

Der Vorstand der Deutschen Telekom AG ordnet nach § 1 Absatz 4 des Postpersonalrechtsgesetzes, der durch Artikel 24 Nummer 1 Buchstabe c Doppelbuchstabe aa des Gesetzes vom 9. Juli 2001 (BGBl. I S. 1510) geändert worden ist, in Verbindung mit der Anordnung zur Übertragung dienstrechtlicher Befugnisse im Bereich der Deutschen Telekom AG vom 12. November 2015 (BGBl. I S. 2007),

- § 126 Absatz 3 Satz 2 und § 127 Absatz 3 Satz 1 des Bundesbeamtengesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) sowie
- § 33 Absatz 5, § 34 Absatz 2 Satz 2 und § 42 Absatz 1 Satz 2 des Bundesdisziplingesetzes vom 9. Juli 2001 (BGBl. I S. 1510)

an:

§ 1

**Befugnisse und
Zuständigkeiten im Bereich des
allgemeinen Beamtenrechts und des
Besoldungsrechts einschließlich der Ent-
scheidung über Widersprüche und Vertretung des
Dienstherrn bei Klagen aus dem Beamtenverhältnis**

(1) Die Ausübung der dienstrechtlichen Befugnisse des Vorstands der Deutschen Telekom AG wird, soweit im Folgenden nichts anderes bestimmt ist, auf den Betrieb Civil Servant Services/Social Matters/Health & Safety übertragen.

(2) Die Zuständigkeit zum Erlass von Widerspruchsbescheiden in allgemeinen beamtenrechtlichen Angelegenheiten wird dem Betrieb HR Business Services – Bereich Einstellung, Beendigung, Konzernwechsel/Applicant – übertragen, es sei denn, der Widerspruch betrifft

1. Maßnahmen des Vorstands,
2. das Verbot der Führung der Dienstgeschäfte nach § 66 Satz 1 des Bundesbeamtengesetzes,
3. die Feststellung des Verlustes der Bezüge nach § 9 Satz 3 des Bundesbesoldungsgesetzes und
4. missbilligende Äußerungen.

Die Zuständigkeit für die Entscheidung über Widersprüche gegen die in Satz 1 Nummer 2 bis 4 genannten

Maßnahmen wird der Abteilung Civil Servant Services/Social Matters übertragen, es sei denn, dass der Vorstand die mit dem Widerspruch angefochtene Entscheidung getroffen hat.

(3) Die Vertretung des Dienstherrn bei Klagen aus dem Beamtenverhältnis wird der Leitung des Betriebs Civil Servant Services/Social Matters/Health & Safety übertragen.

§ 2

**Befugnisse und
Zuständigkeiten im Bereich des Disziplinarrechts**

(1) Die Befugnisse zur Einleitung und Einstellung von Disziplinarverfahren, zur Erteilung von Verweisen, zur Verhängung von Geldbußen, zur Kürzung der Dienstbezüge bis zum Höchstmaß und zur Erhebung der Disziplinaranzeige gegen Beamtinnen und Beamte sowie die Vertretung des Dienstherrn bei Klagen in disziplinarrechtlichen Angelegenheiten werden der Leitung der Abteilung Civil Servant Services/Social Matters übertragen.

(2) Die Zuständigkeit zum Erlass von Widerspruchsbescheiden in disziplinarrechtlichen Angelegenheiten wird der Abteilung Civil Servant Services/Social Matters übertragen.

§ 3

Vorbehaltsklausel

Der Vorstand der Deutschen Telekom AG behält sich vor, die übertragenen Befugnisse im Einzelfall oder in bestimmten Gruppen von Fällen und in jedem Stadium des Verfahrens selbst wahrzunehmen.

§ 4

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Anordnung tritt am 1. Januar 2016 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Anordnung zur Übertragung beamtenrechtlicher Befugnisse und Zuständigkeiten im Bereich der Deutschen Telekom AG vom 18. Juli 2014 (BGBl. I S. 1151) außer Kraft.

Bonn, den 16. Dezember 2015

Deutsche Telekom AG
Vorstand
Christian Illek

Herausgeber: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz

Postanschrift: 11015 Berlin

Hausanschrift: Mohrenstraße 37, 10117 Berlin

Telefon: (0 30) 18 580-0

Redaktion: Bundesamt für Justiz

Schriftleitungen des Bundesgesetzblatts Teil I und Teil II

Postanschrift: 53094 Bonn

Hausanschrift: Adenauerallee 99 – 103, 53113 Bonn

Telefon: (02 28) 99 410-40

Verlag: Bundesanzeiger Verlag GmbH

Postanschrift: Postfach 10 05 34, 50445 Köln

Hausanschrift: Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln

Telefon: (02 21) 9 76 68-0

Satz, Druck und buchbinderische Verarbeitung: M. DuMont Schauberg, Köln

Bundesgesetzblatt Teil I enthält Gesetze sowie Verordnungen und sonstige Bekanntmachungen von wesentlicher Bedeutung, soweit sie nicht im Bundesgesetzblatt Teil II zu veröffentlichen sind.

Bundesgesetzblatt Teil II enthält

a) völkerrechtliche Übereinkünfte und die zu ihrer Inkraftsetzung oder Durchsetzung erlassenen Rechtsvorschriften sowie damit zusammenhängende Bekanntmachungen,

b) Zolltarifvorschriften.

Laufender Bezug nur im Verlagsabonnement. Postanschrift für Abonnementbestellungen sowie Bestellungen bereits erschienener Ausgaben:

Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln

Telefon: (02 21) 9 76 68-2 82, Telefax: (02 21) 9 76 68-2 78

E-Mail: bgbl@bundesanzeiger.de

Internet: www.bundesgesetzblatt.de bzw. www.bgbl.de

Bezugspreis für Teil I und Teil II halbjährlich im Abonnement je 63,00 €.

Bezugspreis dieser Ausgabe: 14,35 € (13,30 € zuzüglich 1,05 € Versandkosten). Im Bezugspreis ist die Mehrwertsteuer enthalten; der angewandte Steuersatz beträgt 7 %.

ISSN 0341-1095

Bundesanzeiger Verlag GmbH · Postfach 10 05 34 · 50445 Köln

Postvertriebsstück · Deutsche Post AG · G 5702 · Entgelt bezahlt

Hinweis auf Rechtsvorschriften der Europäischen Union,

die mit ihrer Veröffentlichung im Amtsblatt der Europäischen Union unmittelbare Rechtswirksamkeit in der Bundesrepublik Deutschland erlangt haben.

Aufgeführt werden nur die Verordnungen, die im Inhaltsverzeichnis des Amtsblattes durch Fettdruck hervorgehoben sind.

Datum und Bezeichnung der Rechtsvorschrift	ABI. EU	
	– Ausgabe in deutscher Sprache – Nr./Seite	vom
7. 10. 2015 Durchführungsverordnung (EU) 2015/1840 der Kommission zur Eintragung einer Bezeichnung in das Register der geschützten Ursprungsbezeichnungen und der geschützten geografischen Angaben (Istarski pršut/Istarski pršut (g.U.))	L 267/1	14. 10. 2015
13. 7. 2015 Delegierte Verordnung (EU) 2015/1844 der Kommission zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 389/2013 hinsichtlich der technischen Umsetzung des Kyoto-Protokolls nach 2012 (1) (1) Text von Bedeutung für den EWR.	L 268/1	15. 10. 2015
14. 10. 2015 Durchführungsverordnung (EU) 2015/1845 der Kommission zur Festsetzung der bei der Berechnung der Finanzierungskosten für Interventionen in Form von Ankauf, Lagerung und Absatz der Lagerbestände anzuwendenden Zinssätze für das Rechnungsjahr 2016 des EGFL	L 268/7	15. 10. 2015
14. 10. 2015 Durchführungsverordnung (EU) 2015/1846 der Kommission zur Einführung eines endgültigen Antidumpingzolls auf die Einfuhren von Walzdraht mit Ursprung in der Volksrepublik China im Anschluss an eine Auslaufüberprüfung nach Artikel 11 Absatz 2 der Verordnung (EG) Nr. 1225/2009 des Rates	L 268/9	15. 10. 2015
14. 10. 2015 Verordnung (EU) 2015/1839 des Europäischen Parlaments und des Rates zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 1303/2013 im Hinblick auf spezifische Maßnahmen für Griechenland	L 270/1	15. 10. 2015
– Berichtigung der Verordnung (EU) Nr. 600/2014 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 15. Mai 2014 über Märkte für Finanzinstrumente und zur Änderung der Verordnung (EU) Nr. 648/2012 (ABI. L 173 vom 12.6.2014)	L 270/4	15. 10. 2015