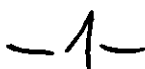


07.02.86

Gesetzesantrag
des Landes HessenEntwurf eines Gesetzes zur Absicherung des Risikos der Pflege-
bedürftigkeit (Pflegeversicherungsgesetz - PflegeVersG)A. Zielsetzung

In der Bundesrepublik leben fast zwei Millionen Pflegebedürftige. Davon sind 250.000 in Heimen untergebracht. Weit über 600.000 Schwer- und Schwerstpflegebedürftige werden zu Hause betreut. Weitere 900.000 Leichtpflegebedürftige leben zu Hause.

Bei der Pflegebedürftigkeit handelt es sich also nicht um ein Einzelschicksal, sondern um ein Massenrisiko. Mit steigender Lebenserwartung und zunehmender Zahl sehr alter Menschen wächst die Brisanz dieses Risikos. Trotzdem ist es im Rahmen des Netzes der sozialen Sicherung nur unzureichend abgedeckt. Abgesehen von der Unfallversicherung sieht das Sozialversicherungssystem keine Leistungen an nicht akut krankheitsbedingt Pflegebedürftige vor. Die Folge ist, daß die Einkünfte der Pflegebedürftigen insbesondere im Falle der stationären Pflegebedürftigkeit im Regelfalle nicht ausreichen, um die Kosten zu decken. Dies zwingt die meisten Pflegebedürftigen, Sozialhilfe nach §§ 68 und 69 BSHG in Anspruch zu nehmen. Damit ist die Sozialhilfe, die nach dem allgemeinen Verständnis des sozialen Sicherungssystems nur subsidiär leisten soll, bei der Hilfe zur Pflege, insbesondere der Heimpflege, zum hauptsächlichen Kostenträger geworden. Rund ein Drittel ihrer Aufwendungen fallen für Hilfe zur Pflege an. Dies entspricht nicht der Aufgabenstellung der Sozialhilfe.



- 2 -

Mit dieser für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, aber auch für die Sozialhilfeträger, untragbaren Situation haben sich in der Vergangenheit wiederholt die Konferenzen der Minister und Senatoren für Arbeit sowie für Gesundheit der Länder befaßt und den dringenden Handlungsbedarf unterstrichen. Dem Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit (BT-Drucksache 10/1943) vom 5.9.1984 ist zu entnehmen, daß sie gegenwärtig keine umfassende Lösung beabsichtigt. Bei dieser Sachlage ist der Bundesrat gefordert, von seinem Initiativrecht gemäß Artikel 76 Abs. 1 GG Gebrauch zu machen.

B. Lösung

Durch Bundesgesetz wird eine die gesamte Bevölkerung umfassende Pflegeversicherung als eigenständiger Sozialversicherungszweig errichtet. Die Pflegeversicherung wird von den Trägern der sozialen Krankenversicherung durchgeführt und durch Beiträge sowie einen Bundeszuschuß finanziert.

C. Alternativen

- a) Ausweitung des Leistungskatalogs der sozialen Krankenversicherung (löst Probleme nur partiell).
- b) Liberalisierung des BSHG (löst Problem nur partiell und führt zu keiner Entlastung der Sozialhilfeträger).
- c) Pflegegesetz als Leistungsgesetz des Bundes (finanziert aus allgemeinen Steuermitteln).

D. Kosten

Der Bund wird durch den Bundeszuschuß nach § 44 des Entwurfs mit jährlich DM 3,2862 Mrd belastet.

Außerdem werden der Bund, die Länder und die Gemeinden durch den Arbeitgeberanteil nach § 39 des Entwurfs belastet. Andererseits treten Entlastungen bei den Beihilfezahlungen ein, die aus statistischen Gründen nicht ermittelbar sind.

Den durch das Pflegeversicherungsgesetz entstehenden Kosten stehen die erheblichen Einsparungen bei den Aufwendungen der Sozialhilfeträger für die Hilfe zur Pflege gegenüber, die 1984 DM 6,6364 Mrd ausmachten.

07.02.86

Gesetzesantrag

des Landes Hessen

Entwurf eines Gesetzes zur Absicherung des Risikos der Pflege-
bedürftigkeit (Pflegeversicherungsgesetz - PflegeVersG)

DER HESSISCHE MINISTERPRÄSIDENT

Wiesbaden, den 6. Februar 1986

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Ministerpräsidenten
Dr. Ernst Albrecht

Sehr geehrter Herr Präsident,

die Hessische Landesregierung hat beschlossen, dem Bundesrat den beigefügten Entwurf eines Gesetzes zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflegeversicherungsgesetz-PflegeVersG) mit dem Antrag zuzuleiten, seine Einbringung beim Deutschen Bundestag nach Art. 76 Abs. 1 des Grundgesetzes zu beschließen.

Ich bitte, den Gesetzentwurf gemäß § 36 Abs. 2 der Geschäftsordnung des Bundesrates auf die vorläufige Tagesordnung für die Sitzung am 21. Februar 1986 zu setzen.

Mit freundlichen Grüßen



**Entwurf eines Gesetzes
zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit**

(Pflegeversicherungsgesetz - PflegeVersG)

Inhaltsübersicht

**Artikel 1. Gesetz zur Absicherung des Risikos der
Pflegebedürftigkeit**

Erster Abschnitt

Aufgabe der Versicherung und Kreis der versicherten Personen

- § 1 Aufgabe der Versicherung
- § 2 Versicherter Personenkreis
- § 3 Befreiung von der Versicherungspflicht

Zweiter Abschnitt

Leistungen der Versicherung

I. Allgemeines

- § 4 Leistungsberechtigte
- § 5 Leistungen der Versicherung
- § 6 Vorrang häuslicher Pflege

II. Pflege im häuslichen Bereich

- § 7 Beratung und Hilfe
- § 8 Bereitstellung von Geräten und Einrichtungsgegenständen
- § 9 Behindertengerechte Wohnung
- § 10 Aufwendungsersatz
- § 11 Pflegegeld
- § 12 Übernahme von Beiträgen zur Alterssicherung

III. Pflege durch Pflegekräfte im häuslichen und teilstationären Bereich

- § 13 Umfang
- § 14 Ambulante Pflege außerhalb des häuslichen Bereiches
- § 15 Teilstationäre Pflege
- § 16 Fahr- und Transportkosten

IV. Stationäre Pflege

- § 17 Voraussetzungen
- § 18 Befristete Mietkostenübernahme

Dritter Abschnitt

Verfahren

- § 19 Antrag
- § 20 Überprüfung von Pflegefällen
- § 21 Vorrang von Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften
- § 22 Vorläufige Leistungspflicht der Pflegekasse

Vierter Abschnitt

Träger der Versicherung und Mitgliedschaft

- § 23 Pflegekassen
- § 24 Zuständigkeit
- § 25 Mitgliedschaft
- § 26 Versicherungsnummer; Versichertenalausweis
- § 27 Mitgliederverzeichnis
- § 28 Geschäftsführung
- § 29 Satzung

Fünfter Abschnitt

Leistungserbringung und Vergütung

- § 30 Zusammenarbeit
- § 31 Verträge mit Leistungserbringern
- § 32 Pflegesätze
- § 33 Vertragspartner der Pflegekassen
- § 34 Eigene Leistungserbringung
- § 35 Wahlfreiheit

Sechster Abschnitt

Aufbringung der Mittel

- § 36 Beiträge, Zuschuß des Bundes
- § 37 Höhe der Beiträge, Beitragsbemessungsgrenze, Bundesgarantie
- § 38 Verteilung der Beitragslast
- § 40 Zahlungspflichtige
- § 41 Beitragsabzug vom Lohn
- § 42 Beitragsabzug von Renten und Versorgungsbezügen
- § 43 Beitragseinzug
- § 44 Zuschuß des Bundes
- § 45 Finanzausgleich

Siebenter Abschnitt

Verwaltung der Mittel

- § 46 Umfang der Mittel
- § 47 Betriebsmittel
- § 48 Rücklage
- § 49 Verwaltungsvermögen

Achter Abschnitt

Kassenverbände

- § 50 Kassenverbände
- § 51 Landesverbände
- § 52 Bundesverbände

Neunter Abschnitt

Straf- und Bußgeldvorschriften

- § 53 Vorenthaltung von Beitragsteilen
- § 54 Verstoß gegen Melde- und Auskunftspflichten
- § 55 Verfehlungen bei Beitragsabzug

Artikel 2. Änderung von Gesetzen

- § 1 Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch
- § 2 Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch
- § 3 Änderung des Gesetzes über die Sozialversicherung
Behinderter in geschützten Einrichtungen
- § 4 Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes
- § 5 Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes
- § 6 Änderung des Gesetzes über die Rechtsstellung der Soldaten
- § 7 Änderung des Einkommensteuergesetzes
- § 8 Änderung der Reichsversicherungsordnung
- § 9 Änderung des Angestelltenversicherungsgesetzes
- § 10 Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der
Landwirte
- § 11 Änderung des Bundessozialhilfegesetzes
- § 12 Änderung des Bundesversorgungsgesetzes
- § 13 Änderung des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen
zur Rehabilitation
- § 14 Änderung der Abgabenordnung

Artikel 3. Schlußvorschriften

- § 1 Berlin-Klausel
- § 2 Inkrafttreten

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

Artikel 1 Gesetz zur Absicherung des Risikos der
 Pflegebedürftigkeit

Erster Abschnitt

Aufgabe der Versicherung und Kreis der versicherten Personen

§ 1 Aufgabe der Versicherung

Aufgabe der Pflegeversicherung ist es, Personen, die infolge Behinderung, insbesondere Gebrechlichkeit, so hilflos sind, daß sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens nicht nur vorübergehend der Pflege bedürfen (Pflegebedürftige), Leistungen nach den folgenden Vorschriften zu gewähren.

§ 2 Versicherter Personenkreis

Versichert sind alle Personen, die ihren rechtmäßigen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzes haben.

§ 3 Befreiung von der Versicherungspflicht

Von der Pflegeversicherung wird auf Antrag befreit, wer eine dem Umfang nach gleichartige und gleichwertige Sicherung für den Fall der Pflegebedürftigkeit nachweist. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

Zweiter Abschnitt

Leistungen der Versicherung

I. Allgemeines

§ 4 Leistungsberechtigte

- (1) Leistungsberechtigt sind alle Versicherten, die in den letzten acht Jahren vor Eintritt des Versicherungsfalls der Pflegebedürftigkeit mindestens fünf Jahre ihren rechtmäßigen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzes hatten. Bei im Geltungsbereich dieses Gesetzes Geborenen entfällt diese Wartezeit, sofern anschließend ein ununterbrochener rechtmäßiger Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzes besteht.
- (2) Leistungen werden nur im Geltungsbereich dieses Gesetzes erbracht.

§ 5 Leistungen der Versicherung

- (1) Die Pflegekasse gewährt folgende Leistungen:
 1. Förderung und Unterstützung der Pflege im häuslichen Bereich,
 2. Pflegegeld und sonstige pflegebegleitende finanzielle Leistungen,
 3. Pflege durch Pflegekräfte im häuslichen und teilstationären Bereich,
 4. stationäre Pflege.
- (2) In den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1, 3 und 4 besteht Anspruch auf ausreichende und zweckmäßige Leistungen, die jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen.

§ 6 Vorrang häuslicher Pflege

- (1) Die Pflegekasse soll darauf hinwirken, daß eine bedarfsge-
rechte Pflege in häuslicher Umgebung durchgeführt wird.
- (2) Die ambulante Pflege hat Vorrang vor der teilstationären
oder stationären Unterbringung.
- (3) Wünschen des Pflegebedürftigen, die sich auf die Durchfüh-
rung der Pflege richten, ist zu entsprechen, soweit sie
nicht unangemessen sind, insbesondere nicht zu unverhält-
nismäßigen Mehrkosten führen.

II. Pflege im häuslichen Bereich

§ 7 Beratung und Hilfe

Pflegebedürftige und Pflegepersonen (§ 10) haben Anspruch auf
Beratung über die ihnen zu gewährenden Leistungen und auf Hilfe
zum Erwerb von Fertigkeiten für die eigenständige Durchführung
der Pflege.

§ 8 Bereitstellung von Geräten und Einrichtungsgegenständen

Pflegebedürftigen werden die Geräte und Einrichtungsgegenstände
zur Verfügung gestellt, die zur Linderung der Beschwerden oder
zur Erleichterung der Pflege erforderlich sind.

§ 9 Behindertengerechte Wohnung

- (1) Sofern die räumlichen Verhältnisse der Wohnung die Pflege im häuslichen Bereich erheblich erschweren oder unmöglich machen, ist ein Zuschuß in Höhe von sechzig vom Hundert zu den Kosten der erforderlichen Umbaumaßnahmen zu gewähren. In Härtefällen kann ein höherer Zuschuß gewährt werden.
- (2) Soweit ein Umbau nicht möglich oder mit unvertretbar hohen Kosten verbunden ist, ist Hilfe bei der Beschaffung einer anderen Wohnung zur Durchführung der häuslichen Pflege zu gewähren. Daneben besteht ein Anspruch auf einen Zuschuß in Höhe von sechzig vom Hundert zu den Kosten des Umzugs und eines erforderlichen Umbaus der neuen Wohnung.
- (3) Ist der Umbau der Wohnung mit unvertretbar hohen Kosten verbunden und trägt diese der Pflegebedürftige selbst, ist ihm hierzu ein angemessener Zuschuß zu gewähren. Dies gilt auch für den Neubau eines selbstgenutzten Wohnhauses oder einer selbstgenutzten Eigentumswohnung.

§ 10 Aufwendungsersatz

Wird die Pflege von Personen übernommen, die dem Pflegebedürftigen nahestehen oder im Wege der Nachbarschaftshilfe tätig werden (Pflegepersonen), sind dem Pflegebedürftigen die durch die Pflege entstehenden notwendigen Aufwendungen dieser Personen in angemessener Höhe zu ersetzen.

81 / 86

§ 11 Pflegegeld

- (1) Erheblich und außergewöhnlich Pflegebedürftigen sowie Schwerstpflegebedürftigen wird ein Pflegegeld gewährt, wenn die Pflege nicht stationär durchgeführt wird.
- (2) Erheblich pflegebedürftig ist, wer für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens einschließlich der hauswirtschaftlichen Versorgung dauernd in erheblichem Umfang der Pflege bedarf.
- (3) Außergewöhnlich pflegebedürftig ist, wer dauernd bettlägerig ist oder in vergleichbarem Umfang der Pflege bedarf.
- (4) Schwerstpflegebedürftig ist, wer die Voraussetzungen des Absatzes 3 erfüllt und darüber hinaus infolge wesentlicher Einschränkung von Körperfunktionen, geistiger oder seelischer Störungen der ständigen intensiven Pflege bedarf.
- (5) Das Pflegegeld beträgt bei erheblicher Pflegebedürftigkeit dreihundert Deutsche Mark, bei außergewöhnlicher Pflegebedürftigkeit fünfhundertfünzig Deutsche Mark und bei Schwerstpflegebedürftigkeit achthundert Deutsche Mark monatlich.
- (6) Das Pflegegeld wird jährlich zum 1. Juli durch Gesetz entsprechend dem Vorhundertssatz angepaßt, um den sich die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung verändern werden.
- (7) Soweit in teilstationären Einrichtungen oder von Pflegekräften wesentliche Pflegeleistungen erbracht werden, kann das Pflegegeld angemessen, jedoch höchstens bis zu fünfzig vom Hundert gekürzt werden.

§ 12 Übernahme von Beiträgen zur Alterssicherung

- (1) Ist die Pflege eines Pflegebedürftigen oder mehrerer Pflegebedürftiger in einem solchen Umfang erforderlich, daß die Pflegeperson eine eigene Erwerbstätigkeit nicht ausübt und ihr diese nicht zumutbar ist, werden die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung übernommen.
- (2) Ist eine Pflegeperson neben der notwendigen Pflege nicht oder bis zu halbschichtig erwerbstätig und ist ihr eine mehr als halbschichtige Erwerbstätigkeit nicht zumutbar, werden die Beiträge zur Hälfte übernommen.
- (3) Ist die Pflegeperson nicht oder bis zu halbschichtig erwerbstätig und pflegt sie einen außergewöhnlich Pflegebedürftigen oder Schwerstpflegebedürftigen, so wird vermutet, daß ihr auf Grund des Umfangs der erforderlichen Pflege eine voll- oder halbschichtige Erwerbstätigkeit nicht zumutbar ist.
- (4) Der Berechnung der Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung ist als Arbeitsentgelt ein Betrag in Höhe von fünfundsiebzig vom Hundert des durchschnittlichen Arbeitsentgelts aller Versicherten der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten sowie der knappschaftlichen Rentenversicherung ohne Lehrlinge und Anlernlinge im vorvergangenen Kalenderjahr zugrunde zu legen.
- (5) Hat die Pflegeperson bisher regelmäßig Beiträge zur Alterssicherung in anderer Form als der Rentenversicherung erbracht, so können anstelle der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 diese Beiträge bis zu der sich aus Absatz 4 ergebenden Höhe übernommen werden.
- (6) Der Anspruch auf Übernahme der Beiträge zur Alterssicherung entfällt, wenn die Pflegeperson das 65. Lebensjahr vollendet hat.

III. Pflege durch Pflegekräfte im häuslichen und teilstationären Bereich

§ 13 Umfang

Die Pflegekasse soll darauf hinwirken, daß Pflege durch Pflegepersonen (§ 10) übernommen wird, soweit der Pflegebedürftige nicht widerspricht. Ist dies nicht in erforderlichem Umfang gewährleistet, sind folgende Leistungen durch Pflegekräfte zu erbringen:

1. Grundpflege zur Befriedigung körperlicher Grundbedürfnisse,
2. Behandlungspflege zur Erbringung medizinischer Hilfeleistungen,
3. aktivierende Pflege zur Minderung der Pflegebedürftigkeit und Ermöglichung einer selbständigen Lebensführung,
4. hauswirtschaftliche Versorgung zur Weiterführung des Haushalts, in dem der Pflegebedürftige lebt.

§ 14 Ambulante Pflege außerhalb des häuslichen Bereiches

Die Pflegekasse kann einzelne ambulante Leistungen auch außerhalb des häuslichen Bereiches des Pflegebedürftigen erbringen, wenn dies wegen der Besonderheit der Leistung zweckmäßig ist (zentral-ambulante Pflege).

§ 15 Teilstationäre Pflege

Die Pflegekasse kann teilstationäre Pflege gewähren, soweit eine ausreichende häusliche Pflege nicht möglich ist.

§ 16 Fahr- und Transportkosten

Die im Zusammenhang mit der Gewährung von teilstationärer und zentral-ambulanter Pflege erforderlichen Fahr- und Transportkosten werden für den Pflegebedürftigen und eine erforderliche Begleitperson übernommen.

IV. Stationäre Pflege

§ 17 Voraussetzungen

- (1) Wenn häusliche oder teilstationäre Pflege in ausreichendem Maße nicht möglich ist, wird stationäre Pflege gewährt.
- (2) Stationäre Pflege wird zeitlich befristet gewährt, wenn die Pflegeperson wegen Urlaubs, Krankheit oder aus sonstigen Gründen an der Durchführung der häuslichen Pflege vorübergehend gehindert ist und die Pflege nicht anderweitig sichergestellt werden kann.
- (3) Stationäre Pflege kann auch zeitlich befristet zur Wiedergewinnung der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen gewährt werden.
- (4) Die Gewährung stationärer Pflege umfaßt nicht die Kosten für Unterkunft und Verpflegung.

§ 18 Befristete Mietkostenübernahme

Wird zeitlich befristete stationäre Pflege zur Wiedergewinnung der Selbständigkeit gewährt (§ 17 Abs. 3) und hatte der Pflegebedürftige zuvor einen eigenen Einpersonenhaushalt, werden die Mietkosten für seine Wohnung für einen Zeitraum von längstens sechs Monaten übernommen.

Dritter Abschnitt

Verfahren

§ 19 Antrag

- (1) Die Leistungen der Pflegekasse werden auf Antrag gewährt. Wird der Antrag später als einen Monat nach Entstehung des Anspruchs gestellt, werden Pflegegeld und Beiträge zur Alterssicherung vom Beginn des Antragsmonats an gewährt.
- (2) Bei der Entscheidung über den Antrag sind die gesamten Lebensumstände des Pflegebedürftigen zu berücksichtigen.
- (3) Die Vorschriften des Ersten Kapitels des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch sind anwendbar.

§ 20 Überprüfung von Pflegefällen

Die Pflegekasse kann in angemessenen Zeitabständen überprüfen, ob die gewährten Leistungen den Erfordernissen und Voraussetzungen noch entsprechen.

§ 21 Vorrang von Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften

Ansprüche auf gleichartige Leistungen gegen einen Leistungsträger nach den §§ 21, 22 bis 24, 29 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch, nach dem 5. Abschnitt des Lastenausgleichsgesetzes sowie nach dem 5. Abschnitt des Beamtenversorgungsgesetzes gehen den Leistungen nach diesem Gesetz vor.

§ 22 Vorläufige Leistungspflicht der Pflegekasse

Kommen für die Gewährung von Pflegeleistungen mehrere Träger in Betracht und ist die Zuständigkeit zwischen diesen streitig, so ist die Pflegekasse vorläufig leistungspflichtig.

Vierter Abschnitt

Träger der Versicherung und Mitgliedschaft

§ 23 Pflegekassen

- (1) Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. Sie werden bei den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung als Körperschaften des öffentlichen Rechts errichtet.
- (2) Die Aufsicht über die Pflegekassen führen die für die Aufsicht über die Krankenkassen, bei denen die Pflegekassen errichtet sind, zuständigen Stellen.
- (3) Verwaltungskosten, die der Krankenkasse auf Grund dieses Gesetzes entstehen, sind von der bei der Krankenkasse errichteten Pflegekasse zu erstatten. Verwaltungskosten, die der Pflegekasse durch die Wahrnehmung von Verwaltungsaufgaben der Krankenkasse entstehen, sind ihr von dieser zu erstatten. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Bestimmungen über eine Pauschalierung der Höhe der Erstattung nach den Sätzen 1 und 2 zu treffen.

§ 24 Zuständigkeit

- (1) Für Versicherte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, ist die Pflegekasse zuständig, die bei der Krankenkasse errichtet ist, der sie angehören.
- (2) Für Versicherte, für die in der gesetzlichen Krankenversicherung Familienkrankenpflege nach § 205 der Reichsversicherungsordnung gewährt wird, ist die bei der für den Versicherten Familienkrankenhilfe leistenden Krankenkasse errichtete Pflegekasse zuständig.
- (3) Versicherte, bei denen die Voraussetzungen der Absätze 1 und 2 nicht vorliegen, können wählen, welcher Pflegekasse sie angehören wollen. Treffen sie keine Wahl, so ist die Pflegekasse zuständig, die bei der für ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse errichtet ist.

§ 25 Mitgliedschaft

- (1) Mit Erfüllung der Voraussetzungen nach § 2 werden die Versicherten Mitglieder der für sie zuständigen Pflegekasse (§ 24).
- (2) Alle Versicherten sind zur Anmeldung bei der für sie zuständigen Pflegekasse verpflichtet. Die §§ 317, 317 a und 318 a der Reichsversicherungsordnung finden entsprechende Anwendung. Die Anmeldung zur gesetzlichen Krankenkasse schließt die Anmeldung zur Pflegeversicherung ein. Der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung übermittelt der Pflegekasse die zur Erfüllung ihrer Aufgaben notwendigen Daten.
- (3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Inhalt, Form und Frist der An- und Abmeldung, das Nähere über Bearbeitung, Sicherung und Weiterleitung der Angaben sowie welche Angaben die Zahlungspflichtigen und Versicherten der Pflegekasse zur Durchführung der Versicherung und der ihr übertragenen Aufgaben zu machen haben. Er kann auch bestimmen,
 1. daß die An- und Abmeldung maschinell lesbar sein muß und welche Schriftarten zu verwenden sind,
 2. welche Stellen bei der Ausfüllung der Vordrucke mitzuwirken haben,
 3. unter welchen Voraussetzungen Vordrucke anzufordern sind,
 4. unter welchen Voraussetzungen und in welcher Form An- und Abmeldungen nach Satz 1 durch maschinell verwertbare Datenträger erfolgen können.
- (4) Die Mitgliedschaft erlischt, sobald der Versicherte nicht mehr unter den Geltungsbereich dieses Gesetzes fällt, nach § 3 von der Versicherungspflicht befreit wird, Mitglied einer anderen Pflegekasse wird oder verstirbt.

§ 26 Versicherungsnummer, Versichertenausweis

- (1) Die Pflegekasse kann für jeden Versicherten eine Versicherungsnummer verwenden und einen Versichertenausweis ausstellen.
- (2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates
 1. die Person, für die die Versicherungsnummer zu verwenden und der Versichertenausweis auszustellen ist, sowie den Zeitpunkt, von dem an die Versicherungsnummer und der Versichertenausweis zu verwenden sind,
 2. den Aufbau der Versicherungsnummer und die Form und den Inhalt des Versichertenausweises,
 3. das Nähere über die Einführung der Versicherungsnummer und über Ausstellung und Rückgabe des Versichertenausweises.
- (3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Kennzeichnung der Arbeitgeber sowie der Träger der Sozialversicherung und der Bundesanstalt für Arbeit mit ihren Vertragspartnern einschließlich deren Mitglieder einzuführen, den Anwendungsbereich der Kennzeichnung vorzuschreiben sowie Art und Aufbau der Kennzeichnung und das Verfahren der Vergabe zu bestimmen. Dabei soll die Kennzeichnung der Arbeitgeber nicht zugleich als Kennzeichnung der Vertragspartner einschließlich deren Mitglieder verwendet werden.

- (4) Wird als Versicherungsnummer nach Absatz 1 die Versicherungsnummer der gesetzlichen Rentenversicherung verwendet, vergeben die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung auf Antrag der Pflegekasse oder des Versicherten die Versicherungsnummer, soweit eine Versicherungsnummer für den Versicherten noch nicht vergeben ist. Der Antrag ist bei dem Träger des Rentenversicherungszweiges zu stellen, zu welchem der Versicherte den letzten Beitrag entrichtet hat. Ist zu keinem Zweig der gesetzlichen Rentenversicherung ein Beitrag entrichtet, so ist die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zuständig.

§ 27 Mitgliederverzeichnis

Die Pflegekasse hat ein Mitgliederverzeichnis zu führen, in das die Aufzeichnungen aufzunehmen sind, die zur rechtmäßigen Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind. Die Versicherten sind in das Mitgliederverzeichnis einzutragen, sobald die Anmeldung bei der Pflegekasse erfolgt oder ihre Mitgliedschaft der Pflegekasse auf andere Weise bekannt wird. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über Inhalt und Form des Mitgliederverzeichnisses.

§ 28 Geschäftsführung

Geschäftsführer und Stellvertreter des Geschäftsführers der Pflegekasse sind der Geschäftsführer und der Stellvertreter des Geschäftsführers der Krankenkasse, bei der sie errichtet ist.

§ 29 Satzung

- (1) Die Satzung muß bestimmen über
 1. Art und Umfang der Leistungen,
 2. Fälligkeit der Beiträge und Zahlung von Vorschüssen auf die Beiträge,
 3. Art der Bekanntmachungen.
- (2) Die Satzung darf nichts bestimmen, was gesetzlichen Vorschriften zuwiderläuft oder dem Zweck der Pflegeversicherung widerspricht.
- (3) Die Satzung und ihre Änderung bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde. Die Genehmigung darf nur dann versagt werden, wenn die Satzung den gesetzlichen Vorschriften nicht genügt. Die Gründe der Versagung sind mitzuteilen.
- (4) §§ 322, 325 und 326 der Reichsversicherungsordnung gelten entsprechend.

Fünfter Abschnitt

Leistungserbringung und Vergütung

§ 30 Zusammenarbeit

- (1) Die Pflegekassen arbeiten zur Erbringung der Leistungen nach diesem Gesetz mit gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen sowie den Gemeinden und Gemeindeverbänden zusammen. Ziel ist es, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Pflege im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich zu gewährleisten.
- (2) Die Pflegekassen sollen die Einrichtung und den Ausbau von sozialen Diensten in zumutbarer Entfernung des Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung der Erkenntnisse von Wissenschaft und Technik sowie die Organisation eines Notdienstes veranlassen. Zu diesem Zweck sollen sie im Rahmen der Landesplanung örtliche Bedarfspläne im Benehmen mit den gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen sowie den Gemeinden und Gemeindeverbänden erstellen.

§ 31 Verträge mit Leistungserbringern

- (1) Nimmt die Pflegekasse zur Durchführung der Pflege Einrichtungen anderer Träger in Anspruch, so hat sie mit dem Träger oder seinem Verband Verträge über die Erbringung und die Vergütung der Leistungen zu schließen.

Die Verträge zur Gewährung der stationären Pflege umfassen die von den Pflegekassen zu übernehmenden Pflegekostenanteile der Pflegesätze. Die Verträge nach Satz 1 und 2 können auch von den Landesverbänden der Pflegekassen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen geschlossen werden.

- (2) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit Rechnung tragen.

§ 32 Pflegesätze

- (1) Die Pflegesätze sind auf der Grundlage der vorauss kalkulierten Selbstkosten einer sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Einrichtung zu bemessen. Sie müssen die Pflegekosten einerseits sowie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung andererseits getrennt ausweisen.
- (2) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Pflegesätze, über die getrennte Ausweisung der Pflegekosten und der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie über Rechnungs- und Buchführungspflichten zu erlassen.

§ 33 Vertragspartner der Pflegekassen

Die Pflegekassen sollen vorrangig mit öffentlichen oder freien Trägern aus dem Kreis der freien Wohlfahrtspflege Vereinbarungen abschließen.

§ 34 Eigene Leistungserbringung

Ist die Erbringung der nach diesem Gesetz vorgesehenen Leistungen durch Einrichtungen anderer Träger unter Beachtung der Grundsätze nach § 31 Abs. 2 nicht gewährleistet, so kann die Pflegekasse die häusliche, zentral-ambulante oder teilstationäre Pflege durch eigene Pflegekräfte und Einrichtungen erbringen.

§ 35 Wahlfreiheit

Der Pflegebedürftige hat die freie Wahl unter den Leistungserbringern, für die oder mit denen die Pflegekasse Verträge abgeschlossen hat, und den Einrichtungen nach § 34.

Sechster Abschnitt

Aufbringung der Mittel

§ 36 Beiträge, Zuschuß des Bundes

Die Mittel für die Pflegeversicherung werden durch Beiträge (§§ 37 - 43) und einen Zuschuß des Bundes (§ 44) aufgebracht.

§ 37 Höhe der Beiträge, Beitragsbemessungsgrenze, Bundesgarantie

- (1) Der Beitragssatz beträgt 0,8 vom Hundert der nach den folgenden Vorschriften maßgeblichen Bezüge, soweit diese die Beitragsbemessungsgrenze (Absatz 2) nicht überschreiten.
- (2) Die Beitragsbemessungsgrenze bestimmt sich nach der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.
- (3) Unterschreitet die Rücklage (§ 48) der Träger der Pflegeversicherung in ihrer Gesamtheit am Jahresende fünfzig vom Hundert des Rücklagesolls, so hat die Bundesregierung den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Vorschlag über die Veränderung des Beitragssatzes zu machen, der die notwendige Auffüllung der Rücklage zum Ziele hat.
- (4) Reichen die Beiträge zusammen mit dem Bundeszuschuß nicht aus, um die Aufgaben der Versicherung bis zu einer Beitragserhöhung nach Absatz 3 zu decken, so sind die erforderlichen Mittel vom Bund aufzubringen. Das Nähere wird durch ein besonderes Gesetz bestimmt.

§ 38 Bemessung der Beiträge

(1) Für die Berechnung des Beitrags nach § 37 ist maßgebend

- a) bei Arbeitnehmern, die nicht nur eine geringfügige Beschäftigung ausüben, das Arbeitsentgelt,
- b) bei Beamten, den Beamten gleichgestellten Angestellten, Soldaten und Richtern die Besoldung,
- c) bei satzungsmäßigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen, Schwestern vom Deutschen Roten Kreuz und Angehörigen ähnlicher Gemeinschaften während der Zeit ihrer Ausbildung, die nicht Schul-, Fachschul- oder Hochschulausbildung ist, oder während ihrer Tätigkeit für die Gemeinschaft die Sachbezüge sowie die Barbezüge, die sie persönlich erhalten, sofern sie insgesamt mehr als ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße betragen,
- d) bei Versicherten, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Altersgeld aus der landwirtschaftlichen Altershilfe oder Versorgungsbezüge erhalten, der Zahlbetrag der Rente, des Altersgeldes und der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge im Sinne des § 180 Abs. 8 der Reichsversicherungsordnung),
- e) bei Versicherten, die zu einem Wehrdienst oder einem Zivildienst von länger als drei Tagen einberufen werden, für die Dauer der Einberufung siebenzig vom Hundert des für den Zeitraum, für den Beiträge zu entrichten sind, berechneten durchschnittlichen Arbeitsentgelts aller Versicherten der Rentenversicherung der Arbeiter, der Angestellten und der knappschaftlichen Rentenversicherung ohne Lehrlinge und Anlernlinge,

- f) bei Versicherten, die ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung des freiwilligen sozialen Jahres leisten, siebzig vom Hundert des für den Zeitraum, für den Beiträge zu entrichten sind, berechneten durchschnittlichen Arbeitsentgelts aller Versicherten der Rentenversicherung der Arbeiter, der Angestellten und der knappschaftlichen Rentenversicherung ohne Lehrlinge und Anlernlinge im vorvergangenen Kalenderjahr,
- g) bei Versicherten, die von der Bundesanstalt für Arbeit Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Unterhaltsgeld oder Übergangsgeld beziehen, das der Leistung zugrundeliegende Arbeitsentgelt,
- h) bei Versicherten, die von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung, der Kriegsopferversorgung einschließlich der Kriegsopferfürsorge sowie der gesetzlichen Unfallversicherung Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld beziehen, die jeweilige Höhe der Leistungen,
- i) bei selbständig Tätigen, die nicht nur eine geringfügige selbständige Tätigkeit ausüben, das Arbeitseinkommen,
- k) bei Versicherten, die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versichert sind, das Arbeitseinkommen; als Arbeitseinkommen gelten auch der Anteil der Beitragsberechnungsgrundlage, der dem nach § 14 Abs. 2 des Künstlersozialversicherungsgesetzes verwendeten Guthaben entspricht, sowie auch Vergütungen für die Verwertung und Nutzung urheberrechtlich geschützter Werke oder Leistungen.

- (2) Ergibt sich aus Absatz 1 keine Grundlage für die Beitragsberechnung, so bemißt sich der Beitrag nach dem Gesamteinkommen. Verfügt die Pflegekasse nicht über die hierfür erforderlichen Angaben, legt sie der Berechnung ein Gesamteinkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze zugrunde. Von der Beitragspflicht nach Satz 1 ist befreit, wer ein Gesamteinkommen in Höhe von weniger als einem Sechstel der monatlichen Bezugsgröße erzielt.
- (3) Als Arbeitnehmer im Sinne des Absatzes 1 Buchstabe a gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von fünfundsechzig vom Hundert des Arbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird. Das Vorruhestandsgeld steht dem Arbeitsentgelt gleich.
- (4) Sofern das Arbeitseinkommen im Sinne des Absatzes 1 Buchstabe i stark schwankt, kann die Pflegekasse das in den letzten drei Monaten durchschnittlich erzielte Arbeitseinkommen zur Beitragsbemessung heranziehen. Läßt sich das Arbeitseinkommen nicht ermitteln, so wird die Beitragshöhe von der Pflegekasse bestimmt.
- (5) Sofern für die Beitragsberechnung mehrere Regelungen des Absatzes 1 in Betracht kommen, sind Beiträge jeweils bis zur Beitragsbemessungsgrenze (§ 37 Abs. 2) zu erheben.
- (6) Dem Versicherten werden die von ihm erbrachten Beiträge auf Antrag erstattet, soweit sie insgesamt zu einer über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Beitragsbemessung geführt haben. Beiträge aus einer Beschäftigung sind nachrangig zu erstatten.

§ 39 Verteilung der Beitragslast

Die Beiträge sind zu tragen

- a) bei Berechnung nach § 38 Abs. 1 Buchstaben a und b je zur Hälfte von den Beschäftigten und ihren Arbeitgebern, den Auftraggebern von Hausgewerbetreibenden oder Dienstherrn; der Arbeitgeber, Auftraggeber von Hausgewerbetreibenden oder Dienstherr trägt die Beiträge allein, wenn das Arbeitsentgelt oder die Besoldung des Versicherten ein Zehntel der Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigt,
- b) bei Berechnung nach § 38 Abs. 1 Buchstabe c je zur Hälfte von den Versicherten und der Genossenschaft oder Gemeinschaft, der sie angehören,
- c) bei Berechnung nach § 38 Abs. 1 Buchstabe d je zur Hälfte von den Beziehern von Renten, Altersgeldern oder Versorgungsbezügen und den jeweiligen Trägern der Rentenversicherung und der Altershilfe für Landwirte oder der Stelle, die die Versorgungsbezüge zu leisten hat,
- d) bei Berechnung nach § 38 Abs. 1 Buchstabe e vom Bund,
- e) bei Berechnung nach § 38 Abs. 1 Buchstabe f von den Arbeitgebern allein,
- f) bei Berechnung nach § 38 Abs. 1 Buchstabe g von der Bundesanstalt für Arbeit,
- g) bei Berechnung nach § 38 Abs. 1 Buchstabe h je zur Hälfte von den Leistungserbringern und den Leistungsträgern,
- h) bei Berechnung nach § 38 Abs. 1 Buchstabe i und § 38 Abs. 2 von den Versicherten,
- i) bei Berechnung nach § 38 Abs. 1 Buchstabe k von der Künstlersozialkasse.

§ 40 Zahlungspflichtige

- (1) Die Beiträge nach § 39 Buchstabe a haben die jeweiligen Arbeitgeber, Auftraggeber von Hausgewerbetreibenden oder öffentlich-rechtlichen Dienstherrn, die Beiträge nach § 39 Buchstabe b die jeweilige geistliche Genossenschaft oder Gemeinschaft, die Beiträge nach § 39 Buchstabe g die Zahlstellen der Leistungsträger zu entrichten.
- (2) Für die Beiträge nach § 39 Buchstabe c gilt § 393 a der Reichsversicherungsordnung entsprechend. Für die Beitragszahlung des Bundes nach § 39 Buchstabe d gelten § 1385 Abs. 5 der Reichsversicherungsordnung sowie die auf Grund dieser Vorschrift erlassene Rechtsverordnung entsprechend.
- (3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann durch Rechtsverordnung bestimmen, wieweit die deutschen Bediensteten ausländischer Staaten und solche Personen, die nicht der inländischen Gerichtsbarkeit unterstehen, die Pflichten der Arbeitgeber zu erfüllen haben.

§ 41 Beitragsabzug vom Lohn

Die Beschäftigten nach § 38 Abs. 1 Buchstaben a bis c müssen sich bei der Zahlung des Arbeitsentgelts ihre Beitragsteile vom Entgelt abziehen lassen. Für den Beitragsabzug gelten die §§ 394 bis 404 a der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

§ 42 Beitragsabzug von Renten und Versorgungsbezügen

- (1) Die Träger der Rentenversicherung und der Altershilfe für Landwirte haben bei der Zahlung der Renten die darauf entfallenden Beiträge nach § 39 Buchstabe c einzubehalten.
- (2) Für den Beitragsabzug von den Versorgungsbezügen gilt § 393 a Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung entsprechend.

§ 43 Beitragseinzug

- (1) Beiträge, die nach § 40 Abs. 1 erster und zweiter Halbsatz zu entrichten sind, sowie die Beiträge der Selbstzahler werden von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung für die Pflegeversicherung eingezogen.
- (2) § 1399 Abs. 2 bis 4 der Reichsversicherungsordnung gilt entsprechend.

§ 44 Zuschuß des Bundes

- (1) Der Bund leistet zu den Ausgaben der Pflegeversicherung einen Zuschuß. Der Zuschuß beträgt dreißig vom Hundert der Ausgaben der Pflegeversicherung.
- (2) Der Zuschuß des Bundes ist unter den Trägern der Pflegeversicherung nach dem in § 45 Abs. 1 angegebenen Verhältnis aufzuteilen.

§ 45 Finanzausgleich

- (1) Die Leistungen der Pflegeversicherung werden von allen Pflegekassen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen jeweils für ein Kalenderjahr gemeinsam getragen.
- (2) Das Bundesversicherungsamt führt den Finanzausgleich zwischen den Trägern der Pflegeversicherung durch.
- (3) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Durchführung des Finanzausgleichs zu regeln.

Siebenter Abschnitt

Verwaltung der Mittel

§ 46 Umfang der Mittel

Die Mittel der Pflegekasse umfassen die Betriebsmittel (§ 47), die Rücklagen (§ 48) und das Verwaltungsvermögen (§ 49).

§ 47 Betriebsmittel

- (1) Die Betriebsmittel dürfen nur verwendet werden
 1. für die gesetzlich oder durch die Satzung vorgesehenen Aufgaben sowie für die Verwaltungskosten,
 2. zur Auffüllung der Rücklage und zur Bildung von Verwaltungsvermögen.
- (2) Die Betriebsmittel sollen im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das Eineinhalbfache des nach dem Haushaltsplan der Pflegekasse auf einen Monat entfallenden Betrages der in Absatz 1 Nr. 1 genannten Aufwendungen nicht übersteigen. Bei der Feststellung der vorhandenen Betriebsmittel sind die Forderungen und Verpflichtungen der Pflegekasse zu berücksichtigen, soweit sie nicht der Rücklage oder dem Verwaltungsvermögen zuzuordnen sind.
- (3) Die Betriebsmittel sind im erforderlichen Umfang bereitzuhalten und im übrigen so anzulegen, daß sie für den in Absatz 1 bestimmten Zweck verfügbar sind.

§ 48 Rücklage

- (1) Die Pflegekasse hat zur Sicherung ihrer Leistungsfähigkeit eine Rücklage zu bilden.
- (2) Die Rücklage beträgt fünfzig vom Hundert des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (Rücklagesoll).
- (3) Die Pflegekasse kann Mittel aus der Rücklage den Betriebsmitteln zuführen, wenn Einnahme- und Ausgabeschwankungen innerhalb eines Haushaltsjahres nicht durch die Betriebsmittel ausgeglichen werden können.
- (4) Ergibt sich bei der Aufstellung des Haushaltsplanes, daß die Rücklage geringer ist als das Rücklagesoll, so ist bis zur Erreichung des Rücklagesolls die Auffüllung der Rücklage mit einem Betrag in Höhe von mindestens einem Viertel des Rücklagesolls im Haushaltsplan vorzusehen.
- (5) Übersteigt die Rücklage das Rücklagesoll, so ist der übersteigende Betrag den Betriebsmitteln zuzuführen.
- (6) Die Rücklage ist getrennt von den sonstigen Mitteln so anzulegen, daß sie für den nach Absatz 1 bestimmten Zweck verfügbar ist. Sie wird von der Pflegekasse verwaltet.

§ 49 Verwaltungsvermögen

(1) Das Verwaltungsvermögen der Pflegekasse umfaßt

1. Vermögensanlagen, die der Verwaltung der Kasse sowie der Führung ihrer betrieblichen Einrichtungen (Eigenbetriebe) zu dienen bestimmt sind,

2. die zur Anschaffung und Erneuerung dieser Vermögensteile und für künftig zu zahlende Versorgungsbezüge der Bediensteten und ihrer Hinterbliebenen bereitgehaltenen Geldmittel,

soweit sie für die Erfüllung der Aufgaben der Kasse erforderlich sind. Zum Verwaltungsvermögen gehören auch Grundstücke, die nur teilweise für Eigenbetriebe erforderlich sind.

(2) Als Verwaltungsvermögen gelten auch sonstige Vermögensanlagen auf Grund rechtlicher Verpflichtung oder Ermächtigung, soweit sie nicht den Betriebsmitteln, der Rücklage oder einem Sondervermögen zuzuordnen sind.

Achter Abschnitt

Kassenverbände

§ 50 Kassenverbände

- (1) Die Pflegekassen bilden in gleicher Weise wie die Krankenkassen, bei denen sie errichtet sind, Kassenverbände.
- (2) Besteht bereits ein Kassenverband der Krankenkassen nach § 406 der Reichsversicherungsordnung, können sich die Pflegekassen durch übereinstimmenden Beschluß ihrer Vertreterversammlungen in gleicher Weise zu einem solchen Kassenverband vereinigen.
- (3) Soweit in den folgenden Vorschriften nichts anderes bestimmt ist, finden die §§ 406 bis 414 i der Reichsversicherungsordnung entsprechende Anwendung.

§ 51 Landesverbände

- (1) Die Pflegekassen, die bei Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen errichtet sind, bilden Landesverbände bei den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen.
- (2) Aufgabe der Landesverbände ist die Unterstützung ihrer Mitgliedskassen insbesondere durch
 - a) .Beratung und Unterrichtung,
 - b) Sammlung und Aufbereitung von statistischem Material zu Verbandszwecken,
 - c) Abschluß und Änderung von Verträgen mit den Trägern geeigneter Einrichtungen oder den sie vertretenden Vereinigungen zur Durchführung der Pflege, wenn sie von den Mitgliedskassen hierzu bevollmächtigt worden sind,

- d) Bestellung oder Benennung der Vertreter der Pflegekassen in bezirklichen Arbeitsgemeinschaften und anderen Ausschüssen,
 - e) Übernahme der Vertretung gegenüber anderen Versicherungsträgern, vor Versicherungsbehörden und Gerichten,
 - f) Förderung der Ausbildung und der Fortbildung von Beschäftigten, die mit Aufgaben der Pflegekassen betraut sind,
 - g) Arbeitstagungen der Geschäftsführer,
 - h) Entwicklung und Abstimmung von Verfahren und Programmen für die automatische Datenverarbeitung, den Datenschutz und die Datensicherung sowie den Betrieb von Rechenzentren in Abstimmung mit den Mitgliedskassen,
 - i) Unterstützung bei der Erstellung örtlicher Bedarfspläne und Mitwirkung bei der Ausarbeitung von Bedarfsplänen auf Landesebene.
- (3) Geschäftsführer und Stellvertreter der Geschäftsführer der Landesverbände der Pflegekassen sind die Geschäftsführer und Stellvertreter der Geschäftsführer der Landesverbände der Krankenkassen, bei denen sie errichtet sind.
- (4) Bei den Ersatzkassen nehmen die Aufgaben nach Absatz 2 die Landesausschüsse wahr.

§ 52 Bundesverbände

- (1) Die Landesverbände nach § 51 sowie die bei den Ersatzkassen und den landwirtschaftlichen Krankenkassen errichteten Pflegekassen bilden je einen Bundesverband.
- (2) Aufgabe der Bundesverbände ist es, ihre Mitglieder zu unterstützen, insbesondere durch:
 - a) deren Beratung und Unterrichtung auch durch Zeitschriften,
 - b) Aufstellung und Auswertung von Statistiken zu Verbandszwecken,
 - c) Abschluß von Verträgen mit den Trägern der Sozialversicherung, soweit sie von den Landesverbänden für deren Bereich dazu bevollmächtigt werden,
 - d) Übernahme der Vertretung gegenüber anderen Versicherungsträgern, vor Versicherungsbehörden und Gerichten,
 - e) Entwicklung und Abstimmung von Verfahren und Programmen für die automatische Datenverarbeitung, den Datenschutz und die Datensicherung sowie die Abstimmung über Betrieb von Rechenzentren zur Erfüllung von Aufgaben der Mitglieder und der Pflegekassen.
- (3) Geschäftsführer und Stellvertreter der Geschäftsführer der Bundesverbände der Pflegekassen sind die Geschäftsführer und Stellvertreter der Geschäftsführer der Bundesverbände der Krankenkassen, bei denen sie errichtet sind.

Neunter Abschnitt

Straf- und Bußgeldvorschriften

§ 53 Vorenthaltung von Beitragsteilen

Wer als Arbeitgeber oder als Auftraggeber eines Hausgewerbetreibenden Beitragsteile, die er einbehalten oder erhalten hat, der berechtigten Kasse vorenthält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 54 Verstoß gegen Melde- und Auskunftspflichten

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. der Anmelde- oder Meldepflicht nach § 25 Abs. 2 Satz 1 und 2 nicht, nicht richtig oder nicht vollständig nachkommt,
2. einer Rechtsverordnung nach § 25 Abs. 3 zuwiderhandelt, soweit sie für einen bestimmten Tatbestand auf diese Bußgeldvorschrift verweist.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu fünftausend Deutsche Mark geahndet werden.

§ 55 Verfehlungen bei Beitragsabzug

- (1) Ordnungswidrig handelt, wer als Arbeitgeber oder als Auftraggeber eines Hausgewerbetreibenden höhere Beitragsanteile vom Arbeitsentgelt abzieht, als dieses Gesetz es zuläßt, oder entgegen einer Anordnung des Versicherungsamtes nach § 41 in Verbindung mit § 398 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung Teile des Arbeitsentgelts als Beitragsanteile abzieht.
- (2) Ordnungswidrig handelt auch, wer vorsätzlich oder fahrlässig
 1. entgegen § 41 in Verbindung mit § 400 der Reichsversicherungsordnung eine Anordnung über die Zahlung von Beitragsteilen den von ihnen beschäftigten Versicherten nicht durch dauernden Aushang bekannt macht oder
 2. entgegen § 41 in Verbindung mit § 402 der Reichsversicherungsordnung einbehaltene Beitragsteile nicht rechtzeitig abführt.
- (3) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu fünftausend Deutsche Mark geahndet werden.

Artikel 2. Änderung von Gesetzen

§ 1 Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch

Das Erste Buch Sozialgesetzbuch (Art. I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015), zuletzt geändert durch Artikel 18 des Gesetzes vom 24. Juni 1985 (BGBl. I S. 1144), wird wie folgt geändert:

1. § 4 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) Nach dem Wort "Kranken-," wird das Wort "Pflege-," eingefügt.
- b) In Nummer 2 wird nach dem Wort "Krankheit," das Wort "Pflegebedürftigkeit," eingefügt.

2. Nach § 21 wird folgender § 21 a eingefügt:

"§ 21 a Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung

(1) Nach dem Recht der gesetzlichen Pflegeversicherung können in Anspruch genommen werden:

1. Pflege im häuslichen Bereich; sie umfaßt

- a) Beratung und Hilfe,
- b) Bereitstellung von Geräten und Einrichtungsgegenständen,
- c) Zuschuß zu den Kosten eines Wohnungsumbaus und Umzugs,
- d) Ersatz von Aufwendungen der Pflegeperson,
- e) Pflegegeld und
- f) Übernahme von Alterssicherungsbeiträgen für Pflegepersonen.

2. Pflege durch Pflegekräfte im häuslichen und teilstationären Bereich; sie umfaßt

- a) Grundpflege zur Befriedigung körperlicher Grundbedürfnisse,
- b) Behandlungspflege zur Erbringung medizinischer Hilfeleistungen,
- c) aktivierende Pflege zur Minderung der Pflegebedürftigkeit und Ermöglichung einer selbständigen Lebensführung,
- d) hauswirtschaftliche Versorgung zur Weiterführung des Haushalts, in dem der Pflegebedürftige lebt und
- e) bei Gewährung von zentral-ambulanter oder teilstationärer Pflege die dabei entstehenden Fahr- und Transportkosten des Pflegebedürftigen und erforderlichenfalls einer Begleitperson.

3. Stationäre Pflege sowie befristete Mietkostenübernahme bei Gewährung zeitlich befristeter stationärer Pflege zur Wiedergewinnung der Selbständigkeit.

(2) Zuständig sind die bei den Krankenkassen errichteten Pflegekassen."

3. In Artikel II § 1 wird in Nummer 19 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 20 angefügt:

"20. das Pflegeversicherungsgesetz."

§ 2 Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel I des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 11. Juli 1985 (BGBl. I S. 1450), wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 1 wird nach dem Wort "Kranken-," das Wort "Pflege-," eingefügt.
2. In § 32 Abs. 1 werden nach dem Wort "Krankenkassen" die Worte ", der landwirtschaftlichen Pflegekassen" eingefügt.
3. § 36 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 zweiter Halbsatz werden die Worte "im Vorstand und in der Vertreterversammlung" ersetzt durch die Worte "in den Vorständen und Vertreterversammlungen der Betriebskrankenkassen und der bei ihnen errichteten Pflegekassen."
 - bb) In Satz 3 werden die Worte "Vorstand oder Vertreterversammlung" durch die Worte "die Vorstände und Vertreterversammlungen" ersetzt und nach den Worten "Kosten der Betriebskrankenkasse" die Worte "und der bei ihr errichteten Pflegekasse" eingefügt.
 - b) Folgender Absatz 2 b wird eingefügt:

"(2 b) Bei den Krankenkassen werden der Geschäftsführer und sein Stellvertreter auf gemeinsamen Vorschlag der Vorstände der Krankenkasse und der Pflegekasse von den Vertreterversammlungen der Krankenkasse und Pflegekasse getrennt gewählt. Kommt ein gemeinsamer Vorschlag nicht zustande, so gilt § 37 Abs. 1 Satz 1 entsprechend."

5. § 47 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nr. 1 werden nach dem Wort "Krankenversicherung" die Worte "und der Pflegeversicherung" eingefügt.
- b) Am Ende des Absatzes 2 Nr. 3 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende Nummer 4 eingefügt:
"4. bei den Trägern der Pflegeversicherung auch die versicherten Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte."

6. In § 70 Abs. 5 Satz 1 werden nach dem Wort "Krankenversicherung" die Worte "und der Pflegeversicherung" eingefügt.

§ 3 Änderung des Gesetzes über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen

Das Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter in geschützten Einrichtungen vom 7. Mai 1975 (BGBl. I S. 1061), zuletzt geändert durch Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1716), wird wie folgt geändert:

- 1. In § 1 Abs. 1 wird nach dem Wort "Kranken-" das Wort ", Pflege-" eingefügt.
- 2. Nach § 7 wird folgender neuer Dritter Abschnitt eingefügt:

"Dritter Abschnitt. Pflegeversicherung

§ 7 a

Der Berechnung der Beiträge ist als Arbeitsentgelt mindestens ein Betrag in Höhe von siebenzig vom Hundert des durchschnittlichen Arbeitsentgelts aller Versicherten der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten ohne Lehrling und Anlernlinge im vorvergangenen Kalenderjahr zugrunde zu legen. Für den Kalendermonat ist ein Zwölftel und für den Kalendertag ein Dreihundertsechzigstel dieses Betrages zugrunde zu legen.

§ 7 b

Ist das tatsächliche Arbeitsentgelt niedriger als der nach § 7 a maßgebliche Mindestbetrag, so ist der Beitrag für den Unterschiedsbetrag von dem Träger der Einrichtung allein zu tragen."

3. Der bisherige Dritte Abschnitt wird Vierter Abschnitt.

§ 4 Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes

Das Arbeitsförderungsgesetz vom 25. Juni 1969 (BGBl. I S. 582), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 16. Mai 1985 (BGBl. I S. 766), wird wie folgt geändert:

1. In § 56 Abs. 3 Nr. 2 wird nach dem Wort "Kranken-," das Wort "Pflege-," eingefügt.
2. In § 141 n Abs. 1 werden nach dem Wort "Krankenversicherung" die Worte ", gesetzlichen Pflegeversicherung" eingefügt.
3. Nach § 154 wird in die Überschrift nach dem Wort "Kranken-," das Wort "Pflege-," eingefügt.
4. Nach § 164 wird folgende Überschrift und folgender § 164 a eingefügt:

"2 a. Pflegeversicherung**§ 164 a**

(1) Im Falle der Leistung von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Unterhaltsgeld oder Übergangsgeld gelten bezüglich der gesetzlichen Pflegeversicherung die §§ 155 Abs. 2 Satz 2 zweiter Halbsatz, 157 Abs. 4 sowie 160 Abs. 1 entsprechend.

(2) Solange Versicherte in der gesetzlichen Pflegeversicherung einen Anspruch auf Kurzarbeiter- oder Schlechtwettergeld haben, gilt für die Höhe und Zahlung der Beiträge § 163 entsprechend."

§ 5 Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1497), wird wie folgt geändert:

1. Nach § 12 wird folgender § 12 a eingefügt:

"§ 12 a

Der Beitragsanteil des Versicherten zur Erfüllung der Verpflichtungen, die der Künstlersozialkasse zugunsten des Versicherten gegenüber dem zuständigen Träger der gesetzlichen Pflegeversicherung obliegen, bemißt sich nach dem Arbeits-einkommen aus einer oder mehreren Tätigkeiten nach § 2 Abs. 1 bis zu der nach § 1385 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung jeweils geltenden Jahresarbeitsverdienstgrenze. Soweit in anderen gesetzlichen Vorschriften Beitragsbemessungsgrenzen für kürzere Zeiträume festgesetzt sind, sind sie nicht anzuwenden. § 11 Abs. 3 gilt."

2. Nach § 13 Abs. 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

"(3) Der Beitragssatz für Beitragsanteile nach § 12 a beträgt die Hälfte des in § 37 Abs. 1 des Pflegeversicherungsgesetzes festgesetzten Beitragssatzes."

3. § 15 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

"Satz 1 gilt entsprechend für die Versicherten in der Pflegeversicherung."

4. § 16 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

"Satz 1 gilt entsprechend für die Versicherten in der Pflegeversicherung."

5. In § 26 Abs. 2 Nr. 1 wird das Wort "Krankenversicherung" ersetzt durch die Worte "Kranken- und Pflegeversicherung".

§ 6 Änderung des Gesetzes über die Rechtsstellung der Soldaten

In § 30 Abs. 1 Satz 2 des Soldatengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. August 1975 (BGBl. I S. 2273), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 21. Februar 1985 (BGBl. I S. 371), werden nach dem Wort "Angehörigen," die Worte "die Pflegeversicherung," eingefügt.

§ 7 Änderung des Einkommensteuergesetzes 1985

Das Einkommensteuergesetz 1985 in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Juni 1985 (BGBl. I S. 977), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 11. Juli 1985 (BGBl. I S. 1277), wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 Buchstabe a wird nach dem Wort "Krankenversicherung" das Wort ", Pflegeversicherung" eingefügt.
- b) In Nummer 62 wird nach Satz 4 der Strichpunkt durch einen Punkt ersetzt und folgender Satz 5 eingefügt:

"Soweit der öffentlich-rechtliche Dienstherr im Rahmen der Pflegeversicherung für Beschäftigte Beitragsanteile leistet, gilt Satz 1 entsprechend;"

- c) In Nummer 66 wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende Nummer 67 angefügt:

"67. Ausgaben der Träger der Rentenversicherung, der Altershilfe für Landwirte oder der Stelle, die Versorgungsbezüge zu leisten hat, soweit sie auf Grund der §§ 38 Abs. 1 Buchstabe d, 39 Buchstabe c, 40 Abs. 1 Satz 1 des Pflegeversicherungsgesetzes entstehen."

- 2. In § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe a wird nach dem Wort "Kranken-," das Wort "Pflege-," eingefügt.
- 3. In § 22 Nr. 4 werden in Satz 1 und Satz 4 Buchstabe a jeweils die Worte "Krankenversicherungsbeiträgen" durch die Worte "Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen" ersetzt.

§ 8 Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820 - 1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Juli 1985 (BGBl. I S. 1450), wird wie folgt geändert:

1. § 216 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 3 wird nach dem Wort "aufhalten" das Komma durch einen Punkt ersetzt.
- b) Nummer 4 wird aufgehoben.

2. § 1227 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird folgende Nr. 10 eingefügt:

"10. Personen, die einen Pflegebedürftigen pflegen, sofern die Voraussetzungen für eine Übernahme der Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 12 Pflegeversicherungsgesetz gegeben sind, wenn sie die Versicherung beantragen und ihren letzten wirksamen Beitrag zur Rentenversicherung der Arbeiter geleistet haben,".

- b) Satz 3 und 4 werden wie folgt gefaßt:

"Über den Antrag nach Satz 1 Nr. 8, 9 und 10 entscheidet der Träger der Rentenversicherung der Arbeiter, in dessen Bezirk der Antragsteller oder die antragstellende Stelle ihren Wohnsitz oder Sitz hat. Die Versicherungspflicht nach Satz 1 Nr. 9 und 10 beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, in dem der Antrag gestellt wird, frühestens jedoch mit dem Kalendermonat, in dem die Voraussetzungen für die Versicherung erfüllt sind; sie endet mit Ablauf des Monats, in dem die Voraussetzungen für die Versicherung entfallen."

3. Nach § 1255 Abs. 6 Satz 4 wird folgender Satz 5 angefügt:

"Bei Personen, die nach § 1227 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 versichert sind, sind für jeden Kalendermonat der Beitragsentrichtung als Bruttoarbeitsentgelt des Versicherten 75 v.H. des durchschnittlichen Bruttoarbeitsentgelts aller Versicherten der Rentenversicherungen der Arbeiter, der Angestellten und der knappschaftlichen Rentenversicherung ohne Lehrlinge und Anlernlinge im vorvergangenen Kalenderjahr zugrunde zu legen."

4. § 1385 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 wird folgender Buchstabe f eingefügt:

"f) bei Versicherten nach § 1227 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 75 v.H. des durchschnittlichen Bruttoarbeitsentgelts aller Versicherten der Rentenversicherung der Arbeiter, der Angestellten und der knappschaftlichen Rentenversicherung ohne Lehrlinge und Anlernlinge im vorvergangenen Kalenderjahr,".

b) Absatz 4 Buchstabe b wird wie folgt gefaßt:

"b) bei Versicherungspflicht nach § 1227 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, 9 und 10 von dem Versicherten allein,".

5. § 1405 a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

"Für Versicherte nach § 1227 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 und 10 gilt § 1405 entsprechend."

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

"Soweit für Versicherte nach § 1227 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 nach anderen Vorschriften Versicherungspflicht in der Rentenversicherung der Arbeiter besteht, gelten sie als Mehrfachbeschäftigte."

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

"Versicherte nach § 1227 Abs. 1 Satz 1 Nr. 9 brauchen bis zum Ablauf von drei Kalenderjahren nach Stellung des Antrags auf Versicherungspflicht Beiträge nur für jeden zweiten Monat zu entrichten."

§ 9 Änderung des Angestelltenversicherungsgesetzes

Das Angestelltenversicherungsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 821 - 1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 11. Juli 1985 (BGBl. I S. 1450), wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 1 wird folgende Nummer 12 eingefügt:

"12. Personen, die einen Pflegebedürftigen pflegen, sofern die Voraussetzungen für eine Übernahme der Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 12 Pflegeversicherungsgesetz gegeben sind, wenn sie die Versicherung beantragen und entweder noch keinen wirksamen Beitrag zu einem Zweig der gesetzlichen Rentenversicherung oder den letzten wirksamen Beitrag zur Angestelltenversicherung oder zur knappschaftlichen Rentenversicherung geleistet haben,".

b) Abs. 2 Satz 2 und 3 wird wie folgt gefaßt:

"Über den Antrag nach Absatz 1 Nr. 10, 11 und 12 entscheidet die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 11 und 12 beginnt mit dem Beginn des Kalendermonats, in dem der Antrag gestellt ist, frühestens jedoch mit dem Kalendermonat, in dem die Voraussetzungen für die Versicherung erfüllt sind; sie endet mit Ablauf des Monats, in dem die Voraussetzungen für die Versicherung entfallen.

2. Nach § 32 Abs. 6 Satz 4 wird folgender Satz 5 angefügt:

"Bei Personen, die nach § 2 Abs. 1 Nr. 12 versichert sind, sind für jeden Kalendermonat der Beitragsentrichtung als Bruttoarbeitsentgelt des Versicherten 75 v.H. des durchschnittlichen Bruttoarbeitsentgelts aller Versicherten der Rentenversicherungen der Arbeiter, der Angestellten und der knappschaftlichen Rentenversicherung ohne Lehrlinge und Anlernlinge im vorvergangenen Kalenderjahr zugrunde zu legen."

3. § 112 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 wird folgender Buchstabe g eingefügt:

"g) bei Versicherten nach § 2 Abs. 1 Nr. 12 75 v.H. des durchschnittlichen Bruttoarbeitsentgelts aller Versicherten der Rentenversicherung der Arbeiter, der Angestellten und der knappschaftlichen Rentenversicherung ohne Lehrlinge und Anlernlinge im vorvergangenen Kalenderjahr,".

b) Absatz 4 Buchstabe b erster Halbsatz wird wie folgt gefaßt:

"b) bei Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 3, 5, 6, 11 und 12 von dem Versicherten allein;".

4. § 127 a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

"Für Versicherte nach § 2 Abs. 1 Nr. 11 und 12 gilt § 127 entsprechend."

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

"Soweit für Versicherte nach § 2 Abs. 1 Nr. 12 nach anderen Vorschriften Versicherungspflicht in der Rentenversicherung der Angestellten oder der knappschaftlichen Rentenversicherung besteht, gelten sie als Mehrfachbeschäftigte."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

"Versicherte nach § 2 Abs. 1 Nr. 11 brauchen bis zum Ablauf von drei Kalenderjahren nach Stellung des Antrags auf Versicherungspflicht Beiträge nur für jeden zweiten Monat zu entrichten."

§ 10 Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der
Landwirte

§ 42 Abs. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Land-
wirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), zuletzt geändert
durch Artikel 16 des Gesetzes vom 24. Juni 1985 (BGBl. I S. 1144),
wird wie folgt geändert:

1. Satz 1 Nr. 4 wird gestrichen; Satz 1 Nr. 5 wird Satz 1 Nr. 4.
2. In Satz 2 wird die Angabe "und 4" gestrichen.

§ 11 Änderung des Bundessozialhilfegesetzes

§ 67 Abs. 5 des Bundessozialhilfegesetzes in der Fassung der
Bekanntmachung vom 24. Mai 1983 (BGBl. I S. 613), geändert
durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Juni 1985 (BGBl. I S. 1081),
wird durch folgenden Satz 4 ergänzt:

"Pflegegeld nach § 11 des Pflegeversicherungsgesetzes ist mit
fünfzig vom Hundert auf die Blindenhilfe anzurechnen."

§ 12 Änderung des Bundesversorgungsgesetzes

In § 25 d Abs. 1 Satz 2 des Bundesversorgungsgesetzes in der
Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21),
zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 11. Juli 1985
(BGBl. I S. 1450), wird der Punkt durch einen Strichpunkt er-
setzt und folgender Halbsatz angefügt:

"als Einkommen gilt weiterhin nicht das Pflegegeld nach dem
Pflegeversicherungsgesetz."

§ 13 Änderung des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation

Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 (BGBl. I S. 1881), zuletzt geändert durch Artikel 19 des Gesetzes vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1532), wird wie folgt geändert:

1. In § 12 Nr. 2 wird nach dem Wort "Kranken-," das Wort "Pflege-," eingefügt.
2. In § 42 a werden nach dem Wort "Angestelltenversicherungsgesetzes" das Wort "oder" durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort "Arbeitsförderungsgesetzes" die Worte "oder des § 2 des Pflegeversicherungsgesetzes" eingefügt.

§ 14 Änderung der Abgabenordnung

Die Abgabenordnung vom 16. März 1976 (BGBl. I S. 613; 1977 I S. 269), zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1583), wird wie folgt geändert:

1. Nach § 31 Abs. 2 Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:
"Für den Bereich der Pflegeversicherung teilen die Finanzbehörden den zuständigen Versicherungsträgern Namen und Anschrift ihrer Versicherten mit; im übrigen gilt Satz 1."
2. § 150 Abs. 5 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:
"Sie können auch Angaben verlangen, die sie zur Ermittlung der für den Steuerpflichtigen zuständigen Pflegekasse benötigen."
 - b) Der bisherige Satz 3 wird Satz 4.

Artikel 3. Schlußvorschriften

§ 1 Berlin-Klausel

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 12 Abs. 1 und des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land Berlin. Rechtsverordnungen, die auf Grund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

§ 2 Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1987 in Kraft.

B e g r ü n d u n g

I. Allgemeiner Teil

In der Bundesrepublik Deutschland leben fast 2 Mio Pflegebedürftige. Davon sind 250.000 in Heimen untergebracht. Weit über 600.000 Schwerst- und Schwerpflegebedürftige werden zu Hause betreut. Weitere 900.000 leicht Pflegebedürftige leben zu Hause.

Es ist wohl auf historische Gegebenheiten der Vergangenheit zurückzuführen, daß im Rahmen des Netzes der sozialen Sicherung das Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit unzureichend abgedeckt ist. Abgesehen von der Unfallversicherung sieht das Sozialversicherungssystem keine Leistungen im Falle der nicht akut krankheitsbedingten Pflegebedürftigkeit vor. Die Folge ist, daß die Sozialversicherungsleistungen (z.B. Renten) sowie sonstige Einkünfte insbesondere im Falle der stationären Pflegebedürftigkeit im Regelfall nicht ausreichen, um die Kosten zu decken. Dies zwingt die meisten Pflegebedürftigen, Sozialhilfe in Anspruch zu nehmen.

Auf die unzulängliche Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit ist es auch zurückzuführen, daß die Qualität vieler stationärer Einrichtungen verbesserungsbedürftig ist. Im Gegensatz zu anderen Ländern ist in der Bundesrepublik die Aufnahme in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung im Regelfall eine Einbahnstraße, eine Sackgasse, aus der es keine Wiederkehr gibt. Die rehabilitative Pflege ist häufig unterentwickelt. Hierzu gehört auch das Defizit an ambulanten Pflegediensten. Die ungesicherte Kostendeckung hindert ihren Ausbau.

Die in der Vergangenheit und verstärkt in den letzten Jahren geführte Diskussion über eine bessere Absicherung des Lebensrisikos der Pflegebedürftigkeit bezweckt daher in erster Linie eine Verbesserung der Lage der Pflegebedürftigen.

Die gegenwärtige Situation belastet aber auch die Sozialhilfeträger. Die Sozialhilfe, die nach dem allgemeinen Verständnis des sozialen Sicherungssystems subsidiär leisten soll, ist bei der Hilfe zur Pflege, insbesondere der Heimpflege, zum hauptsächlichsten Kostenträger geworden. Rund ein Drittel ihrer Aufwendungen fallen für Hilfe zur Pflege an. Dies entspricht nicht der Aufgabenstellung der Sozialhilfe. Hieraus resultiert insbesondere das verständliche Bestreben der kommunalen Spitzenverbände, zu einer anderweitigen Absicherung des Lebensrisikos der Pflegebedürftigkeit zu gelangen. Dabei stimmen ihre Interessen überein mit denen der freien Wohlfahrtsverbände (gemeinsamer Vorschlag vom 12.1.1983 sowie Ausarbeitung des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge vom Frühsommer 1984) und der Pflegebedürftigen selbst.

Die Arbeits- sowie die Gesundheitsminister und -senatoren der Länder haben sich seit 1975 immer wieder mit der Problematik befaßt. Auf ihre Anregung hin wurde im November 1977 eine Bund/Länder-Arbeitsgruppe gebildet, die im März 1980 einen ausführlichen Bericht mit fundierten Vorschlägen vorlegte. Dabei stützte sie sich u.a. auf die im Auftrag der damaligen Bundesregierung durchgeführte Socialdata-Untersuchung ("Anzahl und Situation zu Haus lebender Pflegebedürftiger", Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 80).

Obwohl in der Folgezeit die Konferenzen der Arbeits- und der Gesundheitsminister der Länder mehrfach die Bundesregierung zu einem Handeln drängten, sind bisher keine gesetzgeberischen Konsequenzen gezogen worden.

Der vorliegende Gesetzentwurf trägt der Dringlichkeit einer Problemlösung Rechnung. Er bezweckt die Absicherung von Personen, die infolge Behinderung, insbesondere Gebrechlichkeit, so hilflos sind, daß sie nicht nur vorübergehend der Pflege bedürfen.

Dem Gesetzentwurf liegen folgende Zielvorstellungen zugrunde:

1. Verbesserung der qualitativen und quantitativen Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte aktivierende Pflege, soweit möglich in häuslicher Umgebung. Dazu dienen
 - Verbesserung der Voraussetzungen für das Verbleiben der Pflegebedürftigen in vertrauter Umgebung,
 - Erleichterung der Pflege im häuslichen Bereich,
 - Entlastung der Pflegenden von unzumutbaren pflegebedingten Aufwendungen,
 - finanzielle Motivierung potentieller Pflegepersonen zur Übernahme häuslicher Pflege,
 - Angebot ambulanter Dienste und Sicherstellung ihrer Finanzierung für die häusliche Betreuung Pflegebedürftiger sowie die Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen.
2. Finanzielle Entlastung der Pflegebedürftigen und der Unterhaltsverpflichteten von Pflegekosten.

Auf der Grundlage dieser Zielvorstellungen sieht der Entwurf folgende Leistungsarten vor:

1. Grundpflege (Hilfe bei der Befriedigung körperlicher und psychischer Grundbedürfnisse), wobei davon ausgegangen wird, daß die Hilfe zur Befriedigung sozialer Grundbedürfnisse mit in die Grundpflege einfließt,
2. Behandlungspflege (Hilfe bei der Befriedigung körperlicher und psychischer Grundbedürfnisse unter erschwerten Bedingungen, die Fachkenntnisse erfordern, und die Beteiligung an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen), soweit hierfür kein Leistungsanspruch gegenüber anderen Leistungsträgern besteht,

3. Hauswirtschaftliche Versorgung (Hilfe bei der Weiterführung des Haushalts),
4. Beratung sowohl der Pflegebedürftigen als auch der Pflegepersonen.

Diese Leistungsarten können je nach Einzelfall und Umfang durch ambulante, zentral-ambulante Dienste sowie durch teilstationäre oder stationäre Einrichtungen erbracht werden.

Sowohl wegen der quantitativen Verteilung der Pflegebedürftigen auf den häuslichen und den stationären Bereich als auch unter Berücksichtigung der Zielvorstellungen kommt der ambulanten häuslichen Pflege Vorrangigkeit gegenüber der stationären Pflege zu. Anzustreben ist, daß der Pflegebedürftige möglichst lange in gewohnter Umgebung ein Höchstmaß an Selbständigkeit bewahrt.

Hierzu gehört, daß die Angehörigen und Freunde des Pflegebedürftigen motiviert werden zur häuslichen Pflege und bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe entlastet werden. Durch eine verbesserte Absicherung des Lebensrisikos der Pflegebedürftigkeit soll keineswegs die Familie aus einer ihr traditionell obliegenden Verantwortung entlassen werden.

Die von ihr in der Vergangenheit und Gegenwart geleistete Arbeit verdient hohe Anerkennung. Auf ihre Mithilfe kann auch in der Zukunft nicht verzichtet werden. Die Familie bedarf dabei aber der Unterstützung durch eine Solidargemeinschaft, um in ihrem Leistungsvermögen nicht überfordert zu werden. Mit der zunehmenden Lebenserwartung ist der Anteil der potentiell Pflegebedürftigen gestiegen. Sie sollen versorgt werden von einer, bedingt durch den ab der Jahrhundertwende einsetzenden Geburtenrückgang, sinkenden Zahl potentieller Pflegepersonen in der Familie.

Wer den Vorrang der ambulanten Pflege wirklich will, muß den Pflegenden in der Familie wirksam helfen.

Für die Vorrangigkeit der ambulanten Pflege sprechen die folgenden Argumente:

- Häusliche Pflege kommt häufig den Wünschen des Pflegebedürftigen mehr entgegen als die Aufnahme in einer stationären Einrichtung, die stets eine Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts und der individuellen Freiheit des Pflegebedürftigen beinhaltet.
- Sie ist häufig preisgünstiger als stationäre Pflege.
- Durch Ausbau der häuslichen Pflege kann dem Trend zum Heimaufenthalt durch Entlastung der Pflegenden und gegebenenfalls ihre finanzielle Motivation durch ein Pflegegeld entgegengewirkt werden.
- Würde bei Einführung der Pflegeversicherung lediglich die Aufnahme in eine stationäre Einrichtung und Übernahme der auf die Pflege entfallenden Kosten abgesichert werden, könnte ein dann zu befürchtender "Drang in die Heime" mit den vorhandenen Kapazitäten zum Teil nicht befriedigt werden. Ein Ausbau der Kapazitäten andererseits würde möglicherweise die ab 1990 unter demographischen Gesichtspunkten zu erwartende rückläufige Nachfrage konterkarieren.
- Der Ausbau der die häusliche Pflege unterstützenden ambulanten und teilstationären Einrichtungen greift schneller als der Ausbau stationärer Kapazitäten.
- Ambulante Einrichtungen lassen sich leichter der sich wechselnden Bedarfslage anpassen.

Im ambulanten Bereich wird grundsätzlich das Sachleistungsprinzip zugrunde gelegt, das allerdings bei häuslich Betreuten höherer Pflegebedürftigkeitsgrade durch ein Pflegegeld ergänzt wird. Für das Sachleistungsprinzip sprechen

- die Sicherung der objektiv zweckmäßigen Mittelverwendung,
- der angestrebte Ausbau einer flächendeckenden ambulanten Versorgung, der voraussetzt, daß für die angebotenen ambulanten Dienste eine ausreichende kaufkräftige Nachfrage besteht,
- die stärkere Verhandlungsposition kollektiver Kostenträger gegenüber den Leistungserbringern,
- die Sicherung der Einhaltung eines angemessenen Qualitätsstandards.

Die häusliche Pflege auch Schwer- und Schwerstpflegebedürftiger soll u.a. durch die Zahlung eines nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit abgestuften Pflegegeldes, das zusätzlich zu den Sachleistungen gewährt wird, und durch die Übernahme der Beiträge für den Aufbau einer eigenständigen Alterssicherung der Pflegepersonen gefördert werden.

Soweit eine stationäre Aufnahme trotzdem nicht vermieden werden kann, wird nur der auf die Pflege entfallende Teil des Pflegesatzes übernommen. Die Unterhaltskosten (Aufwand für Unterkunft und Verpflegung) muß der Pflegebedürftige auch künftig selbst tragen. Dadurch soll vermieden werden, daß der stationär Pflegebedürftige bessergestellt wird als der im häuslichen Bereich Gepflegte gleichen Pflegebedürftigkeitsgrades. Gleichzeitig wird einem "Sog ins Heim" entgegengewirkt. Diese Regelung erfordert eine getrennte Ausweisung der Pflege- und der Unterhaltskosten im Selbstkostenblatt.

Bei der Gewährung von Leistungen soll dem Selbstbestimmungsrecht des Pflegebedürftigen weitgehend Rechnung getragen werden, soweit dies mit den Grundsätzen der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit vereinbar ist.

Soweit Ansprüche auf gleichartige Leistungen gegen einen Leistungsträger nach §§ 21, 22 bis 24, 29 SGB I, nach dem 5. Abschnitt des Lastenausgleichsgesetzes sowie nach dem 5. Abschnitt des Beamtenversorgungsgesetzes bestehen, gehen sie den Leistungen nach diesem Gesetz vor.

Zur Verwirklichung der angestrebten Ziele standen im wesentlichen zwei Lösungswege zur Diskussion, nämlich entweder ein Leistungsgesetz oder eine Pflegeversicherung. Die Vorlage sieht die zweite Alternative vor. Hierfür waren folgende Überlegungen maßgebend:

- In der deutschen Sozialgesetzgebung werden grundsätzlich die Wechselfälle des Lebens (z.B. Krankheit, Erwerbsunfähigkeit durch Krankheit, Arbeitslosigkeit, Alter) durch sozialversicherungsrechtliche Lösungen abgesichert. Die staatliche Versorgung bietet dagegen Schutz gegen besondere gesellschaftliche Benachteiligungen, die sich aus der aktuellen Gesellschafts- und Wirtschaftsordnung ergeben, sowie den Ausgleich von Sonderopfern
- Sozialversicherungsrechtliche Regelungen geben den Versicherten einen stärkeren, gegen Beseitigung und Aushöhlung durch staatliche Eingriffe geschützten (Art. 14 GG) Rechtsanspruch als versorgungsrechtliche Lösungen
- Die angestrebte Absicherung der gesamten Wohnbevölkerung im Sinne des § 30 SGB I und die Heranziehung aller Einkommensbezieher zur Finanzierung ist auch im Rahmen einer Pflegeversicherung möglich

- Bei einer Pflegeversicherung kann auf den Aufbau einer zusätzlichen Verwaltung verzichtet werden, wenn mit ihrer Durchführung wie vorgesehen Träger betraut werden, die bei der gesetzlichen Krankenversicherung zu errichten sind. Sie verfügt über eine in der Lösung gesundheitlicher und sozialer Aufgaben geübte Organisation mit engmaschiger Struktur
- Die Übertragung der Durchführung der Pflegeversicherung an die gesetzliche Krankenversicherung entschärft die Abgrenzungsproblematik Krankheit/Pflegebedürftigkeit und erleichtert die Herstellung einer durchlässigen Versorgungskette für Kranke und Pflegebedürftige
- Bei einer versicherungsrechtlichen Lösung mit Selbstverwaltungscharakter ist eine größere Flexibilität als bei unmittelbarer Staatsverwaltung denkbar

Die vorgesehene Pflegeversicherung soll die gesamte Wohnbevölkerung umfassen, weil das Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit jeden treffen kann. Eine ausreichende Absicherung auf der Grundlage einer individuellen Vorsorge ist nicht möglich. Angesichts der exorbitant hohen Kosten, die dabei über einen längeren Zeitraum entstehen können, besteht auch in anderen Ländern, bei denen sich die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Kreis der Arbeitnehmer und ihrer Angehörigen beschränkt, für die sogenannten "katastrophischen Risiken", zu denen auch die Pflegebedürftigkeit zu zählen ist, eine die Gesamtbevölkerung umfassende Absicherung in Form eines Leistungsgesetzes oder einer versicherungsrechtlichen Lösung.

Die Transfer-Enquête-Kommission hat im übrigen zu Recht darauf aufmerksam gemacht, daß die Beschränkung der Versicherungspflicht auf lediglich einen Teil der Einkommensbezieher zur

Konsequenz haben kann, daß diese Versicherungspflichtigen doppelt belastet werden. Sie müssen nämlich einerseits durch ihre Beiträge für ihre eigene Risikoabsicherung sorgen. Andererseits tragen sie aber als Steuerzahler zur Finanzierung der Sozialhilfeleistungen bei, die gegebenenfalls von Personen in Anspruch genommen werden, die in der Vergangenheit zwar Einkommen bezogen, aber nicht unter die eingeschränkte Versicherungspflicht fielen. Dieser Effekt wird vermieden, wenn die gesamte Wohnbevölkerung in die Versicherung einbezogen und jeder Bezieher von Einkommen oberhalb einer Geringfügigkeitsgrenze zur Beitragszahlung herangezogen wird.

Die neuerdings angebotene privatversicherungsrechtliche Absicherung wird wegen der eingeschränkten Solidargemeinschaft und der selbst bei Einräumung langer Wartezeiten bestehenden Gefahr einer versicherungsrechtlich negativen Risikenauslese für die meisten Bürger unverhältnismäßig teuer sein. Bei zu langen Wartezeiten, Beschränkung des Beitrittsrechts bis zu einer bestimmten Altersgrenze und/oder dem Ausschluß von Vorrisiken wird zwar die Möglichkeit der negativen Risikenauslese gemindert, gleichzeitig aber die Versicherung nur noch einen unzulänglichen Schutz bieten.

Soweit eine vergleichbare anderweitige Sicherung für den Fall der Pflegebedürftigkeit jedoch nachgewiesen werden kann, besteht die Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht.

Hinsichtlich der Kosten der Pflegeversicherung und ihre Finanzierung wird auf den dem Besonderen Teil der Begründung folgenden Finanziellen Teil verwiesen.

II. Besonderer Teil

1. Zu Artikel 1. Gesetz zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit

Zu § 1 Aufgabe der Versicherung

Das für die Auslösung von Pflegebedürftigkeit grundlegende Lebensrisiko ist die Behinderung. Diese Leistungsvoraussetzung entspricht einer finalen Betrachtungsweise.

Der Begriff Behinderung umfaßt körperliche, geistige oder seelische Regelwidrigkeiten, die stets einen länger andauernden Leidenszustand darstellen. Im Hinblick darauf, daß die Behinderung durch mehrere Ursachen (Krankheit, Unfall, angeborene Behinderung) bedingt sein kann, mußte auf eine Aufzählung, die immer unvollständig bleiben müßte, verzichtet werden.

Die Abgrenzung der Pflegebedürftigkeit gegenüber der Krankheit, die keine Leistungen nach den Vorschriften dieses Gesetzes auslösen soll, muß nach den bisher hierzu von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen vorgenommen werden, damit eine sachgerechte Risikozuordnung erfolgen kann. Die hiernach der Pflegeversicherung zuzuordnenden Fälle nicht mehr behandlungsfähiger Erkrankungen sind als Gebrechlichkeit im Rahmen der Behinderung abgesichert. Hierbei wird Gebrechlichkeit als Unterfall der Behinderung angesehen.

Die Pflegebedürftigkeit darf nicht nur vorübergehend bestehen. Es darf sich also nicht um einen Zustand von kurzer, absehbarer Dauer handeln. Offenbleiben kann, wann dieser Zustand endet. Damit ist die Möglichkeit einer späteren Rehabilitation auch begrifflich einbezogen.

Auf eine Einschränkung, daß Leistungen nur von einem bestimmten Umfang der Pflegebedürftigkeit an gewährt werden, wurde verzichtet, um durch eine möglichst frühzeitige Gewährung von Hilfen der Gefahr einer Verschärfung der Pflegebedürftigkeit zu begegnen.

Zu § 2 Versicherter Personenkreis

Die Konzeption des Gesetzes sieht eine die gesamte Wohnbevölkerung umfassende Pflegeversicherung vor, weil das Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit jeden treffen kann. Bei einer die Gesamtbevölkerung umfassenden Versicherung besteht nicht die Gefahr einer negativen Risikoauslese. Die entstehenden Kosten werden auf die größtmögliche Solidargemeinschaft verlagert. Eine individuelle Vorsorge gegen dieses Massenrisiko ist derzeit im Regelfall nicht möglich, da eine umfassende privatversicherungsrechtliche Absicherung weder angeboten wird noch zu erwarten ist.

Da die Gesamtbevölkerung erfaßt wird, entfallen Regelungen über die Familienhilfe, wie sie § 205 RVO enthält. Auch eine Regelung über eine Altersgrenze zum Beginn der Versicherung ist bei dieser Ausgestaltung nicht erforderlich. Leistungsansprüche von Säuglingen und Kleinkindern entstehen durch die Ausgestaltung von § 1 (infolge Behinderung, insbesondere Gebrechlichkeit) nur dann, wenn ihre Pflegebedürftigkeit über das altersübliche Maß hinausgeht.

Zu § 3 Befreiung von der Versicherungspflicht

Angesichts der Konzeption, die Gesamtbevölkerung zu erfassen, stellt die Befreiung von der Versicherungspflicht eine Ausnahme dar. Die Beiträge werden entsprechend der individuellen Leistungsfähigkeit erhoben, so daß Personen ohne Einkommen beitragsfrei versichert sind.

Es muß der Nachweis einer vergleichbaren anderweitigen Sicherung für den Fall der Pflegebedürftigkeit erbracht werden, d.h. der Nachweis einer derzeit von den privaten Krankenkassen angebotenen Pflegegeldversicherung reicht nicht. Auch die Absicherung der Beamten, Richter und Soldaten über die Beihilfevorschriften wird für den Bereich der Pflege nicht als gleichwertig angesehen.

Eine generelle Befreiung von der Versicherungspflicht für Mitglieder geistlicher Genossenschaften etc., ähnlich § 172 Abs. 1 Nr. 6 RVO, findet nicht statt. Es ist vielmehr auch hier im Einzelfall zu prüfen, ob die Voraussetzungen des § 3 dieses Gesetzes vorliegen.

Die Unwiderruflichkeit der Befreiung entspricht den §§ 173 a bis 173 d RVO.

Zu § 4 Leistungsberechtigte

Diese Vorschrift soll verhindern, daß Personen, die sich ausschließlich deshalb in die Bundesrepublik begeben haben, um Leistungen der Pflegeversicherung zu erlangen, sofort mit der Einreise Leistungen beanspruchen können. Der gewählte Zeitraum stellt sicher, daß der Leistungsanspruch nicht schon bei nur vorübergehendem Aufenthalt entsteht.

Eine Unterbrechung des Aufenthalts ist bis zu einem Zeitraum von drei Jahren unschädlich.

Zu § 5 Leistungen der Versicherung

Diese Vorschrift enthält eine Übersicht über die Leistungen der Versicherung. Die konkreten Leistungsvoraussetzungen ergeben sich aus den folgenden Vorschriften. Auf die Aufstellung eines Leistungskataloges wurde verzichtet.

Es wurde hier der Begriff "Leistung" und nicht "Hilfe" gebraucht, weil dadurch verdeutlicht wird, daß es sich um Rechtsansprüche gegen die Versicherung handelt. Die Leistungen der Pflegeversicherung stellen insofern eine Abkehr von der Sozialhilfe dar.

Die Reihenfolge der Aufzählung der Leistungen der Pflegekasse stellt den Vorrang der häuslichen Pflege noch einmal heraus, und zwar zunächst Pflege im häuslichen Bereich vornehmlich durch Angehörige, dann Pflege durch Pflegekräfte im häuslichen und im teilstationären Bereich, und zuletzt stationäre Pflege.

Zum anderen wird die Trennung zwischen Sachleistungen in Nr. 1, 3 und 4 und Geldleistungen in Nr. 2 hervorgehoben. Bei den Geldleistungen handelt es sich um pflegebegleitende finanzielle Maßnahmen.

Absatz 2 lehnt sich an § 182 Abs. 2 RVO an.

Zu § 6 Vorrang häuslicher Pflege

Diese Vorschrift beinhaltet allgemeine Grundsätze des Pflegeversicherungsgesetzes, insbesondere den Vorrang der häuslichen Pflege.

Absatz 3 will eine Bevormundung des Pflegebedürftigen verhindern und seine Selbstverantwortung auch im Bereich der Pflege hervorheben.

Die Formulierung bringt zum Ausdruck, daß die Pflegekasse grundsätzlich die Wünsche des Pflegebedürftigen zu berücksichtigen hat. Entspricht sie ihnen nicht, muß sie darlegen, daß die Wünsche unangemessen sind. Das ist dann der Fall, wenn sie hinsichtlich der Pflege nicht sinnvoll und unter Beachtung der Grundsätze der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit (vergleichbar § 182 Abs. 2 RVO) nicht angemessen sind bzw. zu unverhältnismäßig hohen Mehrkosten führen.

Zu § 7 Beratung und Hilfe

Mit dieser Vorschrift wird der allgemeine Beratungsanspruch des § 14 SGB I wiederholt und hinsichtlich Pflegebedürftiger und Pflegepersonen konkretisiert. Bejaht man den Vorrang der häuslichen Pflege, müssen die Pflegepersonen (z.B. Familienangehörige) vor physischer und psychischer Überlastung geschützt werden.

Deshalb ist unter Hilfe zum Erwerb von Fertigkeiten für die eigenständige Durchführung der Pflege auch eine Beratung hinsichtlich der Organisation der Pflege zu verstehen. Sie umfaßt Fortbildungsveranstaltungen für Pflegepersonen zum Thema Pflege oder die spezielle hauswirtschaftliche Organisation bei einem Pflegebedürftigen im Haushalt. Die Vorschrift wendet sich aber auch an den Pflegebedürftigen selbst, weil dieser soweit wie möglich seine Pflege eigenverantwortlich gestalten soll.

Zu § 8 Bereitstellung von Geräten und Einrichtungsgegenständen

In dieser Vorschrift konkretisiert sich das Sachleistungsprinzip dieses Gesetzes. Die Sachmittel werden bereitgestellt, nicht etwa Kosten hierfür übernommen. Dies hat den Vorteil, daß die Pflegekasse Eigentümerin der Geräte bleibt, und diese anderen zugute kommen können, wenn sie der Pflegebedürftige nicht mehr benötigt.

Auf einen einschränkenden Zusatz wie in § 182 b RVO ("... soweit sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind") wurde verzichtet. Das Abgrenzungsmerkmal der Erforderlichkeit wird als ausreichend angesehen, um einem Leistungsmissbrauch vorzubeugen. Es handelt sich dabei nicht um eine Ausweitung gegenüber der Vorschrift des § 182 b RVO. Es sollen jedoch unsachgemäße Einschränkungen,

die nach der Formulierung des § 182 b RVO möglich sind, vermieden werden. Unter Umständen sind auch Gegenstände des täglichen Lebens als Sachleistungen zu gewähren, wenn diese erforderlich sind (z.B. Telefon).

Zu § 9 Behindertengerechte Wohnung

Mit dieser Vorschrift wird die Priorität des Gesetzes - Durchführung der Pflege im häuslichen Bereich - deutlich herausgestellt. Sie soll in solchen Fällen eingreifen, in denen der Pflegebedürftige gezwungen wäre, in die stationäre Einrichtung umzuziehen, weil die Wohnung den durch die Pflegebedürftigkeit neu hinzutretenden Anforderungen nicht genügt. Der Umbau soll dann mit einem in Härtefällen bis zu hundertprozentigen Zuschuß der Pflegekasse erfolgen, damit der Pflegebedürftige in seiner gewohnten Umgebung verbleiben und gegebenenfalls gepflegt werden kann.

Bei der Frage der unvertretbar hohen Kosten soll die Pflegekasse abwägen zwischen dem Erfolg des Umbaus in bezug auf die Zweckmäßigkeit, den persönlichen Belangen des Pflegebedürftigen und der Wirtschaftlichkeit.

So wird der Erfolg dann fraglich und die Wirtschaftlichkeit gegenüber den persönlichen Belangen vorrangig sein, wenn absehbar ist, daß der Pflegebedürftige innerhalb eines kürzeren Zeitraums, d.h., etwa innerhalb der nächsten sechs Monate, aufgrund des Pflegeverlaufs stationär gepflegt werden muß.

Alleinige Kostengesichtspunkte sollen nicht ausschlaggebend sein. Bei sichtbarer Unwirtschaftlichkeit müssen demgegenüber die Belange des Pflegebedürftigen in einem hohen Maße schützenswert und der Umbau zweckmäßig sein.

Der Zuschuß soll für den Umbau der Wohnung gewährt werden, in der der Pflegebedürftige gepflegt wird, d.h. gegebenenfalls auch für die Wohnung von Angehörigen, in die der Pflegebedürftige zwecks Durchführung der Pflege umzieht.

Die Pflegekasse soll nicht dadurch entlastet werden, daß der Umbau der Wohnung des Pflegebedürftigen nicht möglich oder zu teuer ist. Sie muß deshalb auf jeden Fall entweder sechzig vom Hundert zum Umbau der alten Wohnung oder sechzig vom Hundert zu den Umzugskosten sowie den eventuell anfallenden Kosten des Umbaus der neuen Wohnung zahlen, wobei nach einem bezuschussten Umzug nur noch ein Zuschuß zum Umbau der abgeschlossenen Wohnung gewährt wird.

Absatz 3 der Vorschrift bezweckt, den Pflegebedürftigen nicht zum Umzug zu zwingen, wenn er in der alten Wohnung verbleiben will und auch dort gepflegt werden kann. Der Pflegebedürftige muß bereit sein, die Mehrkosten des Umbaus zu tragen; soweit der Pflegebedürftige ein alter Mensch im Sinne des § 75 BSHG ist, besteht die Möglichkeit ergänzender Hilfe nach § 75 Abs. 2 Nr. 1 BSHG.

Der Zuschuß der Pflegekasse soll sich in seiner Höhe daran orientieren, daß die Pflegekasse im Fall des Absatzes 2 Satz 2 einen Zuschuß von sechzig vom Hundert zu den Umzugskosten und einen eventuellen Umbau zu tragen hatte. Diese Kosten, die die Pflegekasse infolge des Verbleibens des Pflegebedürftigen in seiner alten Wohnung erspart, sollen dem Pflegebedürftigen zugute kommen. Der Zuschuß muß deshalb mindestens den Betrag für einen sonst notwendig werdenden Zuschuß nach § 9 Absatz 2 Satz 2 umfassen, höchstens den Betrag, der bei vertretbar hohen Umbaukosten zu gewähren wäre.

Bei der Höhe sollen die Belange des Pflegebedürftigen sowie die Zweckmäßigkeit des Verbleibens in der bisherigen Wohnung berücksichtigt werden. Ein höherer Zuschuß soll insbesondere

dann gewährt werden, wenn der Pflegebedürftige in seiner häuslichen Umgebung verwurzelt ist oder andere pflegegeeignete Wohnungen kaum vorhanden sind.

Zu § 10 Aufwendungsersatz

Die Regelung soll sicherstellen, daß unabhängig von der Gewährung eines Pflegegeldes die Aufwendungen ersetzt werden, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Pflege entstehen. Damit wird dazu beigetragen, den Pflegebedürftigen möglichst lange in seiner häuslichen Umgebung zu versorgen.

Gedacht ist an die Erstattung der notwendigen Fahrtkosten einer Pflegeperson, des Mehraufwandes für ihre Ernährung und besondere Bekleidung, gegebenenfalls auch die Unterbringung der Kinder der Pflegepersonen im Kindergarten, soweit diese durch die Übernahme der Pflegeaufgabe notwendig wird.

Die Geltendmachung setzt keine Mindestgrenze der Höhe der Aufwendungen voraus. Es ist davon auszugehen, daß schon das Erfordernis der Antragstellung die Pflegekasse hinsichtlich der Ansprüche auf Bagatellobeträge entlasten wird. Von der Einführung einer Bagatellgrenze wurde abgesehen, da nicht auszuschließen ist, daß diese gerade einen Anreiz bieten würde, sie zu überschreiten, um notwendig gewordene Aufwendungen geltend machen zu können.

Das Pflegeversicherungsgesetz unterscheidet deutlich zwischen Pflegepersonen, die die Pflege privat (Familienangehörige, Nachbarn, Freunde) und Pflegekräften, die die Pflege berufsmäßig durchführen (vgl. hierzu § 13 einschließlich Begründung). Eine Legaldefinition hinsichtlich des Begriffs

der Pflegeperson erschien notwendig; § 185 RVO verwendet für die berufsmäßige Pflege nicht nur den Begriff der Pflegekraft, sondern auch den der Pflegeperson. Mit der hier getroffenen Definition, die sich an die Terminologie des § 69 Abs. 2 und 3 BSHG anlehnt, soll zu einer Klärung der Begriffsbildung beigetragen werden.

Zu § 11 Pflegegeld

Zu Absatz 1

Das Pflegegeld ist ein Ausgleich für die Mehraufwendungen im Haushalt des Pflegebedürftigen und dient der Erhaltung der Pflegebereitschaft durch Angehörige im häuslichen Bereich.

Pflegegeld wird nur gewährt, wenn die Pflege nicht stationär durchgeführt wird, d.h. auch bei zeitlich befristeter stationärer Pflege (§ 17 Abs. 2 und 3) entfällt der Anspruch auf Pflegegeld. Die Höhe des Pflegegeldes richtet sich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit, da davon auszugehen ist, daß der Pflegeaufwand gleichfalls entsprechend steigt.

In Anlehnung an das BSHG enthält § 11 drei Stufen der Pflegebedürftigkeit. Da es in den bisherigen Gesetzen keine einheitliche Definition des Grades der Pflegebedürftigkeit gibt, enthalten die Absätze 2 bis 4 abgrenzende Definitionen.

Zu Absatz 2

Der Begriff der erheblichen Pflegebedürftigkeit ist weiter als der des § 69 Abs. 3 Satz 1 BSHG und des § 35 Abs. 1 Satz 1 BVG. Zu den gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens zählen nicht nur die personenbezogenen Leistungen, wie z.B. An- und Auskleiden, Waschen, Frisieren oder Hilfe bei Essen und Trinken, sondern auch die hauswirtschaftliche Versorgung. Letztere

wurde ausdrücklich im Gegensatz zu den Vorschriften des BSHG und des BVG in den Entwurf aufgenommen, da gegenüber der Praxis dieser beiden Gesetze und insbesondere dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 14.7.1977 (ZfSH 78, 115) eine bewußt andere Regelung getroffen werden sollte.

In diesem Zusammenhang wird davon ausgegangen, daß bei Zunahme des Bedarfs an hauswirtschaftlicher Versorgung der Anteil der Grundpflege in gleichem Maße steigt. Die Erforderlichkeit von hauswirtschaftlicher Versorgung allein wird daher keine erhebliche Pflegebedürftigkeit begründen.

Die Formulierung "in erheblichem Umfang" stellt ähnlich wie in § 69 Abs. 3 BSHG eine Abgrenzung zur allgemeinen Pflegebedürftigkeit des § 1 dar. Dies bedeutet, daß eine gewisse Summierung von Pflegeleistungen vorliegen muß. Eine Pflegeperson muß in so erheblichem Maße in Anspruch genommen werden, daß ihre Hilfe einen wirtschaftlich meßbaren Wert hat. Die Voraussetzung ist auch bei ständig notwendiger Bereitschaft zum Eingreifen durch die Pflegeperson erfüllt. Als erheblich pflegebedürftig ist der Personenkreis einzustufen, der unter § 69 Abs. 3 BSHG und § 35 Abs. 1 Satz 1 BVG fällt, sowie der Personenkreis, der nach dem Bericht des Instituts Socialdata in die Gruppe B einzuordnen ist.

Es handelt sich dabei um Personen, die in mehreren Bereichen nicht in der Lage sind, sich selbst zu helfen und auf Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung täglich angewiesen sind. In Teilbereichen können noch Eigenaktivitäten möglich sein.

Zu Absatz 3

Der Grundtypus der außergewöhnlichen Pflegebedürftigkeit ist die dauernde Bettlägerigkeit bzw. das dauernde Krankenlager. Liegt Bettlägerigkeit nicht vor, ist der Pflegebedarf entscheidend. Der notwendige Pflegeaufwand muß dabei immer dem

einer ständigen Bettlägerigkeit entsprechen. Dies gilt insbesondere hinsichtlich des Zeitaufwandes für die notwendige Pflege.

Als außergewöhnlich pflegebedürftig ist insbesondere der Personenkreis der §§ 69 Abs. 4 BSHG und 35 Abs. 1 Satz 2 BVG einzustufen. Dies entspricht in etwa Teilen der Gruppe A + B der Socialdata-Studie, d.h. die Betroffenen bedürfen intensiver Pflege und hauswirtschaftlicher Versorgung. Die meisten sind ständig bettlägerig.

Zu Absatz 4

Von § 11 Abs. 4 wird auch der Personenkreis der §§ 24 Abs. 2 BSHG und 35 Abs. 1 BVG (Stufe III bis VI) erfaßt. Der hier erfaßte Personenkreis ist jedoch für die Pflegeversicherung nicht typisch, da es sich bei dem beschriebenen Leidenszustand im wesentlichen um den Verlust von Gliedmaßen oder Sinnesorganen bei z.B. Blinden oder Tauben handelt.

Der Personenkreis, der von der Pflegeversicherung erfaßt werden soll, ist jedoch ein anderer. Hier handelt es sich typischerweise um Lähmungen oder andere Funktionsstörungen, die zu einer ständigen intensiven Pflege Anlaß geben.

Aus diesem Grunde wurde auf eine Aufzählung von Regelbeispielen im Gesetzestext zugunsten einer umfassenden Definition verzichtet. Dies hat zur Folge, daß bei allen Personengruppen, im Gegensatz zu BSHG und BVG, wo Blinde immer mindestens die Pflegezulage nach Stufe III erhalten, eine tatsächliche Prüfung der Voraussetzungen zu erfolgen hat. Nach der Socialdata-Studie handelt es sich auch hier im wesentlichen um den Personenkreis der Gruppe A.

Zu Absatz 5

Die Höhe des Pflegegeldes liegt geringfügig unter den ersten drei Stufen des BVG, da im Gegensatz zum BVG neben dem Pflegegeld noch weitere Sachleistungen gewährt werden, für die in vielen Fällen keine Kürzungen erfolgen.

Zu Absatz 6

Durch § 11 Abs. 6 wird eine jährliche Dynamisierung des Pflegegeldes sichergestellt.

Zu Absatz 7

Die Vorschrift eröffnet die Möglichkeit einer Kürzung des Pflegegeldes, wenn durch die Inanspruchnahme teilstationärer Pflege oder ambulanter Dienste zur häuslichen Pflege die Mehraufwendungen in der Haushaltsführung des Pflegebedürftigen z.T. kompensiert werden und etwa eine Pflegeperson wesentlich entlastet wird. Bei relativ geringer Inanspruchnahme von Pflegeleistungen (Bagatellfälle) findet keine Kürzung statt.

Eine Kürzung des Pflegegeldes bei Inanspruchnahme von teilstationärer Pflege erfolgt nur dann, wenn dadurch Pflegeleistungen im ambulanten Bereich entfallen. Es muß sich dann immer um einen Fall der Aufnahme gemäß § 15 (teilstationäre Pflege) handeln. Eine Kürzung erfolgt dann nicht, wenn in teilstationären Einrichtungen nur örtlich zentral bestimmte Leistungen (§ 14) erbracht werden, und die Pflegeperson hierdurch nicht wesentlich entlastet wird, weil sie den Pflegebedürftigen z.B. begleiten muß (wegen der Abgrenzung im einzelnen siehe auch Begründung zu § 15 teilstationäre Pflege).

Zu § 12 Übernahme von Beiträgen zur Alterssicherung

Die Regelung lehnt sich an § 69 Abs. 2 BSHG an. Auch sie dient dem Zweck, die Pflege im häuslichen Bereich zu fördern. Pflegebereitschaft soll nicht daran scheitern, daß Pflegepersonen infolge des Zeitaufwandes der Pflege in der Ausübung einer eigenen Erwerbstätigkeit beeinträchtigt und somit am Aufbau ihrer Alterssicherung gehindert werden.

Ein sich am konkreten zeitlichen Pflegeaufwand ausrichtender Umfang der Beitragsübernahme ist nicht vorgesehen. Die Beitragsübernahme richtet sich vielmehr danach, inwieweit die Pflegeperson auf Grund der Durchführung der Pflege dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung steht. Bei der Klärung dieser Frage erscheint es zweckmäßig, auf den Markt für voll- und halbschichtige Tätigkeiten abzustellen und auf weitergehende Differenzierungen zu verzichten. Beansprucht die Pflege nur einen geringfügigen Zeitaufwand, ist dies der Pflegeperson auch neben einer vollschichtigen Erwerbstätigkeit immer zuzumuten, ohne daß das Bedürfnis einer zusätzlichen Alterssicherung entstünde.

Hinsichtlich der Beitragsentrichtung soll die Möglichkeit eröffnet werden, eine Pflichtversicherung auf Antrag in der gesetzlichen Rentenversicherung einzugehen, um die Vorteile der Entrichtung von Pflichtbeiträgen zu gewährleisten. Nimmt die Pflegeperson eine Pflichtversicherung auf Antrag nicht in Anspruch, besteht die Möglichkeit, freiwillige Beiträge zu entrichten.

Zu Absatz 1

Soweit auf Grund der Durchführung von Pflege die Pflegeperson dem Arbeitsmarkt nicht mehr oder nur noch für halbschichtige Tätigkeit zur Verfügung steht, ist es geboten, ihre Alterssicherung zu gewährleisten oder zu ergänzen.

Die Pflege muß dabei in einem entsprechenden Umfang auch erforderlich sein. Lediglich geringfügige Pflegebedürftigkeit rechtfertigt eine Übernahme der Alterssicherung nach § 12 nicht. Andererseits darf der Grad der Pflegebedürftigkeit nicht alleiniges Kriterium für die Beitragsübernahme sein. Vielmehr soll auch ein Anreiz geschaffen werden, daß Pflegepersonen auch mehrere Pflegebedürftige versorgen, bei

denen das Maß der Pflegebedürftigkeit für jede pflegebedürftige Person allein gesehen noch nicht eine Absicherung durch die Solidargemeinschaft verlangt.

Bedingt die demnach erforderliche Pflege, daß die Pflegeperson dem Arbeitsmarkt weder für eine voll- noch für eine bis zu halbschichtige (siehe Absätze 2 und 3) Tätigkeit zur Verfügung steht, so ist eine entsprechende Übernahme der Beiträge für ihre Alterssicherung gerechtfertigt.

Eine eigene Erwerbstätigkeit darf der Pflegeperson nicht zumutbar sein, und sie darf sie auch nicht ausüben. Übt die Pflegeperson tatsächlich eine mehr als halbschichtige Erwerbstätigkeit aus, so ist schon hierdurch ihre Alterssicherung gewährleistet. Auch wenn ihr neben der Durchführung der Pflege eine solche Tätigkeit nicht zumutbar wäre, würde hier das Entstehen der Solidargemeinschaft nur zu einer nicht beabsichtigten Doppelsicherung führen. Andererseits darf nicht allein auf die tatsächliche Erwerbslage der Pflegeperson abgestellt werden. Nicht in jedem Fall, in dem wegen der Pflege von Pflegebedürftigen die Erwerbstätigkeit im Sinne des § 12 eingeschränkt wird, rechtfertigt dies eine Übernahme der Alterssicherung. Vielmehr soll als objektivierbarer Maßstab die Unzumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit erst die Ansprüche nach § 12 auslösen.

Auf einer § 69 Abs. 2 Satz 2 BSHG entsprechenden Regelung, wonach Beiträge zur Alterssicherung nur übernommen werden, soweit diese nicht anderweitig sichergestellt ist, wurde bewußt verzichtet. Das Bestehen abgeleiteter Rentenansprüche soll der Übernahme der Beiträge zur Alterssicherung nach diesem Gesetz nicht entgegenstehen.

Zu Absatz 2

Auch hier knüpft der Umfang der Alterssicherung daran an, inwieweit die Pflegeperson neben der Durchführung von Pflege dem Arbeitsmarkt noch zur Verfügung steht. Verbleibt ihr die zumutbare, möglicherweise auch nur theoretische Möglichkeit einer Halbtagsbeschäftigung, so muß sich auch der Umfang der Beitragsübernahme hiernach ausrichten.

Zu Absatz 3

Diese Beweislastregel trägt dem Umstand Rechnung, daß bei der Pflege von außergewöhnlich Pflegebedürftigen oder Schwerstpflegebedürftigen nach aller Erfahrung die Pflegeperson zeitlich so beansprucht wird, daß ihr eine Erwerbstätigkeit nicht mehr oder nur noch eingeschränkt möglich ist.

Zu Absatz 4

Die Regelung in Absatz 4 stellt klar heraus, daß die Übernahme der Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung der Regelfall sein soll.

Inhaltlich lehnt sich die Vorschrift an entsprechende Regelungen im Zusammenhang mit der Anrechnung der Erziehungszeiten in der Rentenversicherung an. Hinsichtlich der üblicherweise bei der Durchführung der Pflege anfallenden Tätigkeiten bietet die getroffene Regelung eine angemessene Berechnungsgrundlage für die Ermittlung der Beiträge. Dem entspricht auch vergleichsweise das Einkommen der Krankenpflegehelfer/-innen in der tariflichen Eingangsstufe in der Vergütungsgruppe Kr II nach dem Bundesangestellten-tarif.

Zu Absatz 5

Die Übernahme der Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung ist nicht immer sinnvoll und praktikabel. So ist sie z.B. dann in Frage gestellt, wenn mit der Dauer der Beitragsübernahme die Wartezeiten für die Rentenansprüche absehbar nicht erreicht werden können und somit für die Pflegeperson eine Beitragsentrichtung wirtschaftlich wertlos ist. Ausnahmsweise können daher auch andere Formen der Alterssicherung von der Pflegekasse entsprechend fortgesetzt werden. Gedacht ist dabei in erster Linie an Lebensversicherungen und berufsständische Alterssicherungen. Aufgabe der Pflegekasse soll es jedoch nicht sein, an der Bildung von Kapitalvermögen, Investmentfonds etc. mitzuwirken. So stellt z.B. auch die Errichtung bzw. Finanzierung eines Mietshauses keine Form der Alterssicherung im Sinne dieser Vorschrift dar, auch wenn sie vornehmlich diesem Zweck dienen. Beiträge oder Zuschüsse hierzu sind von der Pflegekasse nicht zu tragen.

Zu Absatz 6

Die Altersgrenze hinsichtlich der Übernahme der Alterssicherungsbeiträge trägt dem Umstand Rechnung, daß im Regelfall die abhängige Erwerbstätigkeit mit der Vollendung des 65. Lebensjahres endet.

Zu § 13 Umfang

Im Vordergrund der Zielsetzung des Entwurfs steht, daß der Pflegebedürftige in erster Linie durch Privatpersonen gepflegt wird. Erst dann, wenn Angehörige, Freunde oder Nachbarn die Pflege nicht übernehmen können oder wollen, sollen professionelle Pflegekräfte eingesetzt werden. Dies gilt auch insoweit, als die Pflegepersonen nicht alle Hilfen geben können, die der Pflegebedürftige braucht.

Mit der Unterscheidung in berufsmäßige Pflegekräfte und private Pflegepersonen soll auf eine einheitliche Begriffsverwendung in den Sozialgesetzen hingearbeitet werden. Im übrigen soll auch für den Laien der Übergang von häuslicher Pflege durch Angehörige etc. zur Pflege durch Fachkräfte verdeutlicht werden.

Die Leistungen von Pflegekräften sollen ebenfalls als Sachleistungen erfolgen. Aus diesem Grunde soll kein Anspruch auf Kostenerstattung gegeben sein, wenn der Pflegebedürftige selbst eine Pflegekraft einstellt. Die Pflegekasse kann in der Regel nicht auf eine eigene Organisation von ambulanten Pflegediensten zurückgreifen. Sie ist vielmehr gehalten, auf bislang pflegende Personen oder Organisationen (Gemeindeschwestern, Träger der freien Wohlfahrtsverbände, Kirchen etc.) zurückzugreifen. Andererseits soll es jedoch der Pflegekasse auch ermöglicht werden, selbst Pflegekräfte einzustellen (§ 34).

Sämtliche Leistungen werden von der Pflegekasse in verschiedenen Bereichen erbracht: im häuslichen, zentralen, teilstationären oder stationären Bereich.

Zu Nr. 1

Als Beispiel für die Grundpflege sind zu nennen die Hilfe beim Aufstehen und Zubettgehen, beim An- und Auskleiden, bei der Körperpflege, beim Essen und Trinken, bei Verrichtung der Notdurft und bei der Bewegung innerhalb der Wohnung.

Zu Nr. 2

Die Behandlungspflege muß nicht auf der Grundpflege aufbauen. Sie umfaßt insbesondere Ernährung über Sonde, Darmausspülung, Verbandanlegen und -wechseln einschließlich der Dekubitusbehandlung sowie andere medizinische Hilfeleistungen, soweit sie nicht bereits von der Krankenkasse abgedeckt sind.

Dabei wird davon ausgegangen, daß die Behandlungspflege im Regelfall durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt ist. Die vorrangige Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse ergibt sich aus § 21 dieses Gesetzes.

Zu Nr. 3

Grundgedanke der aktivierenden Pflege ist, den Pflegebedürftigen unabhängiger von der Pflege werden zu lassen.

Die aktivierende Pflege soll unter anderem dann eingreifen, wenn zwar eine Verbesserung des Gesundheits- bzw. Pflegezustands nicht zu erwarten ist, die Erlangung größerer Selbständigkeit oder Erleichterungen der Lebensführung jedoch möglich erscheinen.

Als Beispiele kommen alle geeigneten Rehabilitationsmaßnahmen in Betracht, insbesondere Krankengymnastik, Bewegungstherapie und Beschäftigungstherapie sowie allgemeines Leistungstraining, Realitätsorientierung und weitere Angebote sozialer Dienste, soweit sie der Aktivierung dienen.

Zu Nr. 4

Die hauswirtschaftliche Versorgung umfaßt insbesondere Einkaufen sowie andere Erledigungen, Zubereiten der Mahlzeiten, Reinigen und Aufräumen der Wohnung, Wäsche waschen, Reinigen und Ausbessern der Kleidung, Betreuung von Kindern etc.

Alle vier Pflegearten können unabhängig voneinander oder zusammen gewährt werden.

Zu § 14 Ambulante Pflege außerhalb des häuslichen Bereiches

Bei einzelnen ambulanten Leistungsarten kann es zweckmäßig sein, Pflegebedürftige zentral zu versorgen. Hierfür kommen vor allem Leistungen in Betracht, die nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen in der Wohnung des Pflegebedürftigen erbracht werden können. Darüber hinaus sind bestimmte Leistungen besonders im Bereich der aktivierenden Pflege besser für mehrere Pflegebedürftige gemeinsam zu erbringen.

Zu § 15 Teilstationäre Pflege

Das Pflegeversicherungsgesetz räumt der Pflege im häuslichen Bereich Vorrang vor stationärer Aufnahme ein. In diese Zielsetzung fügt sich auch § 15. Teilstationäre Pflege soll gewährt werden, wenn dadurch eine stationäre Aufnahme vermieden werden kann, die Versorgung im häuslichen Bereich aber nicht im ausreichenden Maße sichergestellt ist, auch nicht durch Inanspruchnahme ambulanter oder zentral-ambulanter Pflege.

Die teilstationäre Pflege erstreckt sich überwiegend auf die Leistungen von Behandlungspflege und aktivierender Pflege. Von der vollen umfassenden Aufnahme im Rahmen der stationären Pflege hebt sie sich dadurch ab, daß sie sich auf Teile des Tages (einschließlich der Nacht) beschränkt oder in zeitlicher Hinsicht zumindest so bemessen ist, daß sie noch als Ergänzung der Pflege im häuslichen Bereich aufgefaßt werden kann. Dies ist z.B. der Fall bei der Aufnahme in sogenannte Wochenendkliniken, während die Aufnahme über einen längeren Zeitraum, in dem z.B. die Pflegeperson wegen Urlaubs oder Krankheit verhindert ist, als stationäre Pflege zu werten ist.

Teilstationäre und stationäre Pflege haben jedoch gemeinsam, daß sie durch die Aufnahme in ein Gebäude oder eine andere

Räumlichkeit ein Betreuungs- und damit gesteigertes Verantwortungsverhältnis begründen. Hierin liegt ein Unterschied zur zentral-ambulanten Pflege. Ein weiterer ergibt sich daraus, daß bei zentral-ambulanter Behandlung die Zeitdauer eine untergeordnete, mehr zufällige Bedeutung hat.

So erfüllen z.B. ambulant durchgeführte Maßnahmen, die nur für kurze Zeit täglich in einer besonderen Einrichtung durchgeführt werden (Bewegungsgymnastik, Bäder, Massagen etc.) die Voraussetzungen des Begriffs der teilstationären Pflege nicht. Deren Charakter geht allerdings auch nicht dadurch verloren, daß im Einzelfall teilstationäre Pflege nur an einzelnen Tagen in der Woche stattfindet, insbesondere in der Anfangsphase (etwa zur Eingewöhnung) ihrer Durchführung.

Gedacht ist beispielhaft an folgende Einrichtungen und Maßnahmen:

- Tagesheime mit der personellen und räumlichen Ausstattung für den Aufenthalt, die Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen Menschen;
- Tagespflegeheime mit personeller und apparativer Ausstattung für Behandlung, Pflege und Therapie; hier können auch gezielte Beschäftigungsangebote, rehabilitative Maßnahmen und soziale Beratung eingesetzt werden;
- Tages- und Nachtkliniken;
- Wochenendkliniken.

Mit der angestrebten Verlagerung von der Vollstation in sogenannte halboffene Einrichtungen tritt zugleich das Problem auf, daß teilstationäre Einrichtungen noch nicht im erforderlichen Maße vorhanden sind. Dieses Gesetz soll zur Schaffung größerer Kapazitäten in diesem Bereich Anreiz bieten.

Letztlich hängt die Entscheidung, ob die Pflege stationär, im häuslichen Bereich oder als Ergänzung hierzu teilstationär erbracht wird, nicht nur von der Frage der besseren Versorgung oder der Grenze des wirtschaftlich Vertretbaren ab, sondern auch davon, welche Einrichtungen tatsächlich zur Verfügung stehen. Dies macht es erforderlich, der Pflegekasse für die Entscheidung im Einzelfall ein Ermessen einzuräumen.

Zu § 16 Fahr- und Transportkosten

Wenn Pflegeleistungen außer Haus, aber nicht stationär (§ 17) erbracht werden, werden die Kosten für öffentliche Verkehrsmittel oder ambulante Fahrdienste ersetzt. Diese Vorschrift deckt vor allem die ständig wiederkehrenden Fahrten zu teilstationären Einrichtungen oder zur zentral-ambulanten Pflege ab. Die einmaligen Fahrkosten zur stationären Aufnahme werden nicht ersetzt.

Im Gegensatz zu § 194 RVO enthält diese Regelung keine Übernahme von Reisekosten inklusive Verpflegungskosten, da nach der hier vorgelegten Konzeption die sogenannten Hotelkosten von der Pflegekasse nicht getragen werden (siehe auch § 17 Abs. 4).

Von einem Ausschluß der Bagatellkosten wurde abgesehen (vgl. auch Begründung zu § 10).

Zu § 17 Voraussetzungen

Stationäre Pflege soll nur dann gewährt werden, wenn sie erforderlich ist. Zuvor sollen alle Möglichkeiten einer häuslichen und teilstationären Pflege geprüft werden. Für die Beurteilung der Frage, ob die erforderliche Pflege dort

möglich ist, sind alle Umstände des Einzelfalles zu berücksichtigen. Hierbei können sowohl objektive als auch subjektive Aspekte eine Rolle spielen, d.h., daß die Pflege unter Umständen auch dann im häuslichen Bereich nicht möglich ist, wenn der Pflegebedürftige dies nicht will.

Stationäre Pflege ist mit einer stationären Aufnahme des Pflegebedürftigen verbunden. Werden einzelne Pflegeleistungen in einer Einrichtung erbracht, ohne daß der Pflegebedürftige stationär aufgenommen wird, handelt es sich nicht um stationäre Pflege. Um stationäre Pflege handelt es sich auch dann nicht, wenn Pflegeleistungen z.B. im Wohnteil eines Heimes für alte Menschen erbracht werden.

Absatz 2 gewährt eine zeitlich befristete stationäre Pflege, wenn die Pflege im häuslichen Bereich aus Gründen, die in der Pflegeperson liegen, vorübergehend nicht möglich ist. Diese Regelung erleichtert die grundsätzliche Entscheidung der Pflegeperson, die Pflege eines Angehörigen oder Nachbarn zu übernehmen. Bei vorübergehendem Ausfall der Pflegeperson soll jedoch zunächst versucht werden, die Pflege im häuslichen Bereich anderweitig sicherzustellen, z.B. durch andere Pflegepersonen, Pflegekräfte oder ambulante Dienste.

Absatz 3 sieht eine befristete stationäre Pflege auch dann vor, wenn sie dem Ziel einer Wiedergewinnung der Selbständigkeit dient. Die hiermit notwendig werdende Prognose hat auch dann, wenn das Bestehen oder Nichtbestehen des Anspruchs nachträglich überprüft wird, auf den Zeitpunkt der Antragstellung abzustellen.

Stationäre Pflege zur Wiedergewinnung der Selbständigkeit des Pflegebedürftigen kommt insbesondere dann in Betracht, wenn Maßnahmen der aktivierenden Pflege angezeigt sind, die im häuslichen oder teilstationären Bereich nicht erbracht werden können. Diese Vorschrift soll verdeutlichen, daß bei

allen stationären Aufnahmen zunächst die Möglichkeit der Rückkehr in die häusliche Umgebung geprüft und verfolgt werden soll, bevor der Pflegebedürftige endgültig aufgenommen wird.

Absatz 4 macht deutlich, daß die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von dem Pflegebedürftigen selbst getragen werden müssen. Die Höhe der Kosten werden im Rahmen der Pflegesatzermittlungen festgelegt. Einzelheiten hierzu sind in § 32 geregelt.

Zu § 18 Befristete Mietkostenübernahme

Die für die Fälle des § 17 Abs. 3 vorgesehene befristete Mietkostenübernahme soll verhindern, daß der Pflegebedürftige gezwungen wird, seinen Haushalt aufzugeben, obwohl er nur vorübergehend stationäre Pflege zur Wiedergewinnung der Selbständigkeit in Anspruch nehmen muß. Die damit offengelassene Rückkehrmöglichkeit in den häuslichen Bereich dürfte sich positiv auf die Motivation des Pflegebedürftigen auswirken.

Die Mietkostenübernahme erstreckt sich auch auf die üblichen Nebenkosten.

Zu § 19 Antrag

Zu Absatz 1

Die Ansprüche gegen die Pflegekasse entstehen nur in der Person des Versicherten, auch wenn sie zum Teil Dritten zugute kommen sollen.

Der Antrag muß daher vom Berechtigten (Pflegebedürftigen) oder von einem bevollmächtigten Dritten gestellt werden. Eine einmalige Vollmacht, die der Pflegekasse vorliegt, soll für alle weiteren Anträge ausreichend sein.

Grundsätzlich werden Leistungen der Pflegekasse ab Entstehung des Anspruchs gewährt. Es gilt die allgemeine Verjährungsvorschrift des § 45 SGB I.

Laufende Geldleistungen, wie Pflegegeld und Beiträge zur Alterssicherung, sollen jedoch rückwirkend nur für einen Monat gewährt werden. Damit der kalendermäßige Zeitpunkt der Antragstellung nicht zufällig Leistungen verkürzt, soll grundsätzlich für einen Monat rückwirkend gezahlt werden, es sei denn, die Entstehung des Anspruchs liegt mehr als einen Monat zurück. Damit soll der Pflegebedürftige auch angehalten werden, möglichst schnell Anträge zu stellen.

Zu Absatz 2

Um den Bedürfnissen des Pflegebedürftigen gerecht zu werden, muß sich die Gewährung von Pflegeleistungen über eine Entscheidung nach Gesichtspunkten der Zweckmäßigkeit und der Wirtschaftlichkeit hinaus auch an den konkreten Lebensverhältnissen des Antragstellers orientieren.

Dabei werden oft die familiären Verhältnisse und das soziale Umfeld des Pflegebedürftigen besondere Berücksichtigung erfordern, etwa bei der Überprüfung der Voraussetzungen zur Gewährung stationärer Pflege (§ 17 Abs. 1). Diesem Erfordernis kann die Pflegekasse insbesondere dadurch genügen, daß sie etwa Auskunft und Rat bei Ärzten und Sozialarbeitern einholt oder im Rahmen des § 6 Abs. 3 wohlwollend auf Wünsche des Pflegebedürftigen eingeht.

Zu Absatz 3

Die Regelung entspricht der Forderung des § 1 Abs. 1 Satz 2 SGB X.

Zu § 20 Überprüfung von Pflegefällen

Durch die Vorschrift soll sichergestellt werden, daß die Leistungen den jeweiligen Erfordernissen angepaßt und hinsichtlich der Leistungsvoraussetzungen überprüft werden können. Dabei sind die Besonderheiten des Pflegeverlaufs im Einzelfall zu berücksichtigen. Die Pflegekasse soll dadurch auch sicherstellen, daß dem Pflegebedürftigen bei Verschlechterung rechtzeitig ergänzende Leistungen angeboten werden in Erfüllung der Beratungsverpflichtung nach § 7.

Zu § 21 Vorrang von Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften

Die Vorschrift regelt die Vorrangigkeit anderer Sozialleistungsträger, die in den hier genannten Vorschriften des SGB I aufgeführt sind. Dabei ist insbesondere an die Vorrangigkeit der Unfallversicherung und der Kriegsopferversorgung gedacht, sofern diese gleichartige Leistungen gewähren. Besonders zu erwähnen waren die beamtenrechtlichen Unfallfürsorgevorschriften und das Lastenausgleichsgesetz, da diese nicht unter das SGB fallen.

Den Übergang von Schadensersatzansprüchen auf den Versicherungsträger regelt § 116 SGB X. Die Pflegeversicherung ist in diesen Fällen leistungspflichtig und kann über diese Vorschrift Rückgriff nehmen.

Bei Ansprüchen aus Vertrag, wie sie z.B. ein Hofübergabevertrag vorsehen kann, oder Unterhaltsansprüchen besteht ebenfalls ein Anspruch gegen die Pflegekasse. Dabei ist zu bedenken, daß die Betroffenen unter Umständen jahrelang Beiträge zur Pflegeversicherung gezahlt haben und auf Grund der Vertragsfreiheit niemandem verwehrt werden kann, sich eine zusätzliche Absicherung zu schaffen. Nach einer Übergangszeit dürfte auch von einer entsprechenden Vereinbarung in Übergabeverträgen abgesehen werden.

Mit der hier gewählten Formulierung ist sichergestellt, daß Ansprüche nach dem Bundessozialhilfegesetz nachrangig sind, weil § 28 SGB I ausgeklammert wurde. Dies führt zu der gewünschten Entlastung der Sozialhilfe. Gleichwohl bleibt auch den Vorschriften der §§ 68, 69 BSHG ein Anwendungsbereich erhalten, etwa wenn auf Grund der wohnsitzbezogenen Wartefrist nach § 4 noch keine Leistungsberechtigung nach diesem Gesetz besteht.

Zu § 22 Vorläufige Leistungspflicht der Pflegekasse

Ziel der Vorschrift ist es zu verhindern, daß Kompetenzstreitigkeiten mehrerer Sozialversicherungsträger auf dem Rücken des Pflegebedürftigen ausgetragen werden. In derartigen Fällen hat die Pflegekasse immer vorzuleisten, um sicherzustellen, daß der Betroffene auf jeden Fall Leistungen erhält. Es handelt sich um eine Spezialvorschrift zu § 43 SGB I.

Zu § 23 Pflegekassen

Die Pflegekassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts (§ 29 SGB IV). Sie sollen bei den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung errichtet werden, weil es sich bei diesen um bereits bestehende Körperschaften des öffentlichen Rechts handelt, die über weitreichende Erfahrungen mit gesundheitlichen und sozialen Aufgaben verfügen. Denkbar ist auch eine Durchführung der Aufgaben der Pflegekasse zusammen mit denen der jeweiligen Krankenkasse in einer Personalunion, wie sie z.B. auch im Bereich der Unfallversicherung zwischen Gemeindeunfallversicherungsverbänden und Staatlichen Ausführungsbehörden für Unfallversicherung in einigen Bundesländern praktiziert wird. Ein eigener vollständiger Verwaltungsaufbau der Träger der Pflegeversicherung, der die Kosten erheblich steigern würde, ist deshalb nicht erforderlich.

Für die Errichtung der Pflegekassen bei den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung spricht auch, daß damit die Beurteilung der Abgrenzung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit für den weitaus überwiegenden Teil der Versicherten in einer Hand liegt. Dies erleichtert eine lückenlose Versorgung für Kranke und Pflegebedürftige. Die Ortsnähe der Krankenkassen und die bereits bestehende vielfältige Kooperation mit potentiellen Leistungserbringern der Pflegeversicherung im ambulanten Bereich sichern eine optimale pflegerische Versorgung. Darüber hinaus werden Verbesserungen des Leistungsangebots im stationären Bereich (Umstrukturierung von Betten) erwartet.

Mit der verwaltungsmäßigen Angliederung der Pflegekasse an die Krankenkasse wird deren Organisation nach dem 3. Abschnitt des 2. Buches der RVO übernommen.

Absatz 2 der Vorschrift beinhaltet eine Konkretisierung des § 90 SGB IV. Hiermit wird die Zuständigkeit für die Aufsicht parallel zur Krankenversicherung geregelt. Die Regelung entspricht § 44 Abs. 3 KVLG.

Im Hinblick darauf, daß die Pflegekassen bei der Durchführung dieses Gesetzes weitgehend auf den Verwaltungsaufbau der Krankenkasse, bei der sie jeweils errichtet sind, zurückgreifen werden, ist die Regelung des Absatzes 3 über die Erstattung der der jeweiligen Krankenkasse entstehenden Kosten erforderlich und auch sachgerecht.

Andererseits trifft auch die Krankenkassen eine Kostenerstattungspflicht, soweit ihre Verwaltungsaufgaben von der jeweiligen Pflegekasse durchgeführt werden.

Zu § 24 Zuständigkeit

Zur Vereinfachung des Verfahrens sind für den überwiegenden Teil der Bevölkerung die Pflegekassen ihrer Krankenkassen zuständig.

Für Familienangehörige, die bislang keine Versicherten im Sinne der RVO sind, war eine gesonderte Regelung zu treffen. Da Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung für die überwiegende Zahl dieser Personen Familienkrankenhilfe nach § 205 RVO erhalten, ist es im Sinne einer einheitlichen Versorgung sinnvoll, daß für sie die Pflegekasse zuständig ist, die bei der für sie Familienkrankenhilfe leistenden Krankenkasse errichtet ist.

Alle anderen Personen haben ein Wahlrecht, das sie durch Anmeldung bei einer bestimmten Pflegekasse ausüben. Gehörte der Versicherte zuvor einer anderen Pflegekasse an, so hat die neue Pflegekasse dieser Mitteilung über den Wechsel zu machen.

Hat der Versicherte keine Wahl getroffen, ist nach Absatz 3 Satz 2 die Pflegekasse zuständig, die bei der für seinen Wohnsitz zuständigen Ortskrankenkasse errichtet ist.

Zu § 25 Mitgliedschaft

Die Vorschrift regelt in Absatz 1 die Mitgliedschaft in einer bestimmten Pflegekasse entsprechend der Konzeption einer gesetzlichen Einbeziehung in die Pflegeversicherung, vgl. § 2.

Die Anmeldepflicht des Absatzes 2 soll gewährleisten, daß die Pflegekasse eine möglichst vollständige Kenntnis über den Bestand ihrer Mitgliedschaft erhält. Erleichtert wird dies dadurch, daß die beabsichtigte Angliederung der Pflegekassen an die Krankenkassen eine Datenübermittlung auf Grund

der Anmeldung zur gesetzlichen Krankenversicherung ausreichen läßt. Soweit nicht auf die Anmeldung zur gesetzlichen Krankenversicherung zurückgegriffen werden kann, muß der Versicherte sich gesondert bei der zuständigen Pflegekasse anmelden. Bei nicht im Rahmen des § 205 RVO mitversicherten Minderjährigen übernehmen die Eltern als gesetzliche Vertreter die Anmeldung. Zur Vervollständigung der Liste ihrer Mitglieder kann die Pflegekasse auch auf die Datenübermittlung durch die Finanzbehörden zurückgreifen, s. Art. 2 § 10.

Den datenschutzrechtlichen Anforderungen wird genügt. Die Grundlage für die datenmäßige Speicherung wurde in Absatz 3 geschaffen.

Absatz 4 regelt das Erlöschen der Mitgliedschaft.

Zu § 26 Versicherungsnummer, Versichertenausweis

Zur verwaltungsmäßigen Vereinfachung kann es sinnvoll sein, Versicherungsnummern zu verteilen und Versichertenausweise auszustellen. Die Entscheidung, ob dies notwendig ist, soll jedoch bei der einzelnen Pflegekasse verbleiben. Eine abschließliche Erfassung über Versicherungsnummern ist zu vermeiden.

Die Vorschrift entspricht § 319 RVO. Aus datenschutzrechtlichen Gründen (§ 3 Satz 1 Nr. 1 Bundesdatenschutzgesetz) muß die Verarbeitung personenbezogener Daten nach § 1 BDSG ausdrücklich für zulässig erklärt werden, was auch in Form einer Rechtsverordnung geschehen kann. Hierfür wurden hier die Voraussetzungen geschaffen.

Zu § 27 Mitgliederverzeichnis

Auch bei der datenmäßigen Erfassung der Mitglieder sind Schutzvorschriften entsprechend dem Bundesdatenschutzgesetz zu beachten. Deshalb wurde auch hier die Grundlage für eine Rechtsverordnung, die diesen Bedingungen entspricht, geschaffen.

Zu § 28 Geschäftsführung

Für die Organe der Pflegekasse gilt § 31 SGB IV mit der Modifizierung des § 32 SGB IV.

Damit ein einheitliches Vorgehen der Krankenkasse und der Pflegekasse gewährleistet ist, ist ein gemeinschaftlicher Geschäftsführer zu wählen. Die Interessen der Pflegekasse müssen bei dieser Wahl mit berücksichtigt werden. Dies soll dadurch geschehen, daß sie der Bestellung des Geschäftsführers durch die Krankenkasse zustimmen muß. Einzelheiten des Verfahrens ergeben sich aus § 36 Abs. 2 SGB IV.

§ 29 Satzung

Die Satzung muß und kann in erster Linie Bestimmungen über die Leistungen der Pflegekasse treffen. In diesem Bereich besteht noch eine gewisse Mitwirkungsmöglichkeit der Pflegekassen. Die Beitragsberechnung und -einziehung dagegen ist einheitlich geregelt; der Satzung vorbehalten bleiben dagegen noch Bestimmungen über die Fälligkeit der Beiträge und die Zahlung von Vorschüssen auf die Beiträge. Der Name der Pflegekasse richtet sich nach dem Namen der Krankenkasse, bei der sie errichtet ist. Die Satzung kann diesbezüglich keine Abweichung vorsehen.

Zu § 30 Zusammenarbeit

Aufgabe der Pflegekasse ist es, eine flächendeckende Versorgung des Pflegebedürftigen zu gewährleisten. Da sie diese Aufgabe nicht allein erfüllen kann, muß sie die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen suchen, die Pflegeleistungen anbieten. Auch die Kommunen sind vielfach Träger von Pflegeeinrichtungen, vor allem von sozialen Diensten. Die Pflegekasse

soll deshalb auch die Planung der Kommunen, z.B. durch Ermittlung des zu erwartenden Bedarfs im Pflegebereich, unterstützen.

Wenn die vorhandenen Einrichtungen nicht ausreichen bzw. über § 30 die Erstellung von Einrichtungen in ausreichendem Umfang nicht veranlaßt werden kann, kommt die eigene Leistungserbringung nach § 34 in Betracht.

Bei der Vorschrift des § 30 handelt es sich um eine Konkretisierung des § 17 Abs. 3 SGB I.

Zu § 31 Verträge mit anderen Leistungserbringern

Zu Absatz 1

Die Pflegekasse verfügt in der Regel nicht über eigene Einrichtungen und ambulante Dienste (vgl. Begründung zu § 13 Umfang). Sie muß deshalb mit Einrichtungen anderer Träger Vereinbarungen treffen.

Da bei der Pflegeversicherung das Sachleistungsprinzip vorherrscht, ist auch bei der tatsächlichen Erbringung der Leistungen durch den Träger einer anderen Einrichtung oder Organisation die Pflegekasse nach wie vor gegenüber dem Pflegebedürftigen Leistende. Sie muß deshalb zuvor Rahmenverträge mit anderen Trägern schließen, die den Umfang und die Art der Pflegeleistungen sowie die Kosten, die die Pflegekasse hierfür erstattet, regeln.

Bei der stationären Pflege muß die Pflegekasse Vereinbarungen abschließen über die Anteile, die sie zu erstatten hat, d.h. lediglich über die Pflegekosten, während die Kosten für Unterkunft und Verpflegung vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind (vgl. § 17 Abs. 4). Die Höhe der Pflegekosten ergibt sich aus den Selbstkostenblättern. Entspricht die

Höhe nicht den Grundsätzen nach Absatz 2 dieser Vorschrift, so kann die Pflegekasse die bestehenden Verträge kündigen und über die Pflegekosten neu verhandeln. Diese Möglichkeit ist bei Vertragsabschluß mit dem Träger der Einrichtung festzulegen. Es empfiehlt sich, daß die verschiedenen Kostenträger gemeinsam die Vertragsverhandlungen führen. Für den Fall, daß sie sich auf eine gemeinsame Lösung nicht einigen können, bietet sich dann die Möglichkeit einer Schiedsvereinbarung, wie dies zum Teil schon auf Landesebene praktiziert wird.

Die Regelung über den Abschluß der Verträge wurde der in der Krankenversicherung angepaßt. Danach werden die Verhandlungen wegen der Einbeziehung regionaler Besonderheiten überwiegend auf örtlicher Ebene geführt. Es soll jedoch vor allem kleineren Kassen nicht verwehrt werden, die Vereinbarungen von ihren Landesverbänden abschließen zu lassen.

Zu Absatz 2

Die in Absatz 2 festgelegten Grundsätze sollen ebenso wie in § 93 Abs. 2 BSHG einer Kostenexplosion vorbeugen und eine rationelle Arbeitsweise fördern. Dabei darf die Leistungsfähigkeit jedoch nicht beeinträchtigt werden.

Zu § 32 Pflegesätze

Die Pflegesätze sind wie im Krankenhausbereich (§ 17 Abs. 1 KHG) nach den voraus kalkulierten Selbstkosten zu berechnen.

Die getrennte Ausweisung der Pflegekosten und der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind deshalb erforderlich, weil die Pflegekasse nur die Pflegekosten zu übernehmen hat.

Im Hinblick auf § 93 Abs. 2 BSHG kann damit gerechnet werden, daß der Sozialhilfeträger eine Kontrollfunktion bezüglich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung wahrnimmt. Dies ist für die Fälle erforderlich, in denen der Pflegebedürftige die Kosten für Unterkunft und Verpflegung nicht selbst aufbringen kann.

Nähere Einzelheiten zur Pflegesatzermittlung sind in der von der Bundesregierung zu erlassenden Rechtsverordnung festzulegen.

Zu § 33 Vertragspartner der Pflegekasse

Die Pflegekasse soll in erster Linie auf die bestehenden Einrichtungen von freien Wohlfahrtsverbänden, Kommunen oder Kirchen zurückgreifen, da diese Träger auf Grund ihrer langen Tätigkeit im Bereich der Pflege über umfassende Erfahrungen und zum Teil gut ausgestattete Einrichtungen und Dienste verfügen, die die Pflegekasse nutzen soll. Die Erbringung von Pflegeleistungen durch eigene Einrichtungen und Dienste der Pflegekasse ist subsidiär.

Zu § 34 Eigene Leistungserbringung

Sofern andere Einrichtungen nicht oder nicht ausreichend vorhanden, zu teuer oder nicht leistungsgerecht sind, soll die Pflegekasse eigene Einrichtungen aufbauen.

Zu § 35 Wahlfreiheit

Ebenso wie in § 368 d RVO soll der Pflegebedürftige zwischen einzelnen Einrichtungen frei wählen können. Es gilt allerdings die Einschränkung, daß mit dem Träger der Einrichtung Vereinbarungen getroffen sein müssen, weil nur bei diesem Träger gewährleistet ist, daß Kosten und Leistung in einem adäquaten Verhältnis zueinanderstehen.

Mit der Formulierung werden sowohl Gruppen- als auch Einzelverträge angesprochen.

Zu § 36 Beiträge, Bundeszuschuß

Die Aufbringung der Mittel auch durch einen Bundeszuschuß ist gerechtfertigt, wenn man die Pflegeversicherung als Teil des erweiterten Familienlastenausgleichs sieht. Es gibt keine überzeugende Begründung dafür, daß bisher und künftig zwar Eltern von den Kosten des Unterhalts der Erziehung und Betreuung von Kindern zum Teil durch öffentliche Finanzhilfen entlastet werden, diese Unterstützung aber Familien, die pflegebedürftige Angehörige betreuen, vorenthalten werden sollte.

Ein Zuschuß des Bundes ist auch deshalb notwendig, weil die Pflegeversicherung die Altlast der bereits Pflegebedürftigen ohne entsprechende vorherige Beitragsleistung übernehmen muß.

Zu § 37 Höhe der Beiträge, Beitragsbemessungsgrenze, Bundesgarantie

Zu Absatz 1

Um ein krasses Beitragsgefälle zu vermeiden und dem örtlich möglicherweise stark unterschiedlichen Leistungsbedarf Rechnung zu tragen, war ein für die gesamte Pflegeversicherung

einheitlicher Beitragssatz mit Finanzausgleich vorzusehen. Die Höhe des Beitragssatzes wurde so gewählt, daß die von den Versicherten aufzubringenden Beiträge zusammen mit dem Bundeszuschuß ausreichen, um die Ausgaben der Pflegeversicherung zu decken.

Zu Absatz 2

Bei der Festsetzung der Beitragsbemessungsgrenze sollte an das bestehende Sozialversicherungssystem angeknüpft werden. Im Interesse einer möglichst solidarischen Aufbringung der Mittel wurde die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung übernommen.

Zu Absatz 3

Der vorgesehene Finanzausgleich soll eine gleichmäßige Entwicklung der Finanzkraft der Pflegeversicherungsträger sicherstellen. Sobald jedoch die Rücklage aller Träger der Pflegeversicherung am Jahresende 50 v.H. des Rücklagesolls unterschreitet, muß der Beitragssatz angehoben werden. Da die Rücklage gemäß § 48 Abs. 2 eine halbe Monatsausgabe betragen soll, ist eine Beitragserhöhung dann erforderlich, wenn die Rücklage unter 25 v.H. einer Monatsausgabe sinkt. Eine ähnliche Vorschrift für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung findet sich in § 1383 Abs. 2 RVG.

Zu Absatz 4

Absatz 4 enthält eine Bundesgarantie in Anlehnung an § 1384 RVG. Sie soll dann greifen, wenn die Ausgaben der Versicherung bis zu einer Beitragserhöhung nicht mehr zu decken sind. Nähere Einzelheiten sollen durch ein besonderes Gesetz geregelt werden.

Die einschränkende Vorschrift des § 1384 Abs. 2 RVO wurde nicht übernommen, weil im Bereich der Pflegeversicherung Vermögen in vergleichbarer Größenordnung wie bei den Rentenversicherungsträgern nicht vorhanden sind.

Zu § 38 Bemessung der Beiträge

Zu Absatz 1

Die Beitragsbemessungsvorschriften gehen von der derzeit geltenden Geringfügigkeitsgrenze des § 8 SGB IV aus. Hierbei werden nicht die gegen diese Grenze bestehenden Bedenken verkannt.

Die Vorschriften über die Beitragsentrichtung sollen einen möglichst großen Kreis von Einkommensbeziehern umfassen, um das Risiko der Pflegebedürftigkeit finanziell über eine große Solidargemeinschaft abzusichern. Daraus ergibt sich, daß auch Personenkreise einbezogen werden, die vom derzeitigen System der Sozialversicherung nicht erfaßt und abgesichert werden. So wurden z.B. auch die Beamten und die ihnen gleichgestellten Angestellten in die Beitragszahlung einbezogen. Dies entspricht im Ergebnis auch den Forderungen der Sachverständigenkommission Alterssicherungssysteme.

Im übrigen lehnen sich die Vorschriften über die Beitragszahlung im wesentlichen an die der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung an.

Bei den Versicherten, die ein freiwilliges soziales Jahr leisten, wurde eine fiktive Beitragsberechnung wie bei den Wehrdienstleistenden vorgesehen. Hierbei lag die Erwägung zugrunde, daß diese Versicherten einen wirtschaftlichen Gegenwert erarbeiten, der eine Beitragszahlung durch den Arbeitgeber als gerechtfertigt erscheinen läßt.

Die Beitragsberechnung für die Beitragszahlung der Bundesanstalt für Arbeit lehnt sich an die Regelung für die Krankenversicherung in § 157 Abs. 3 AFG an.

Die Beitragsberechnung bei Selbständigen knüpft an die Regelung des § 180 Abs. 4 Satz 2 und 3 RVO an. Eine solche Regelung erscheint im Hinblick auf die bei diesem Personenkreis häufig auftretenden Schwierigkeiten der Einkommensermittlung als sachgerecht.

Unter die für Selbständige geltende Beitragsberechnung fallen auch Unternehmer der Land- und Forstwirtschaft, da im Interesse einer einheitlichen Beitragspflicht auf eine gesonderte Regelung für diesen Personenkreis verzichtet wurde.

Die Berechnung der Beiträge von Künstlern und Publizisten erfolgt nach den Bestimmungen des Künstlersozialversicherungsgesetzes.

Zu Absatz 2

Sofern der Versicherte über keine der in Absatz 1 aufgeführten Einnahmen verfügt, soll das Gesamteinkommen für eine Beitragszahlung maßgebend sein. Beträgt es weniger als ein Sechstel der monatlichen Bezugsgröße, besteht keine Beitragspflicht. Diese Abgrenzung entspricht der des § 205 RVO. Geringfügige Einkünfte z.B. auf Grund von kleineren Sparguthaben werden von der Auffangregelung des Absatzes 2 nicht erfaßt. Dies ergibt sich aus der in die Regelung aufgenommenen Geringfügigkeitsgrenze. Der Versicherte soll mit seiner Anmeldung zur Pflegekasse Angaben über die Höhe seines Gesamteinkommens machen. Macht er diese nicht, wird ein Einkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt.

Zu Absatz 3

Absatz 3 entspricht § 165 Abs. 2 Satz 2 und 3 RVO.

Zu Absatz 4

Die Regelung entspricht § 180 Abs. 4 Satz 2 und 3 RVO.

Zu Absätzen 5 und 6

Treffen mehrere Einnahmen zusammen, die eine Bemessung nach § 38 Abs. 1 Buchstaben a - k zur Folge haben, so ist der Beitrag aus allen Einnahmen nebeneinander jeweils bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu zahlen. Da dies jedoch zu Zahlungen führen kann, die über der Beitragshöchstgrenze liegen, der Versicherte jedoch nur bis zur Höchstgrenze herangezogen werden soll, wurde für derartige Fälle eine Rückzahlungspflicht der Pflegekasse konstituiert. Dabei soll die Rückzahlung nur dem Versicherten zugute kommen, soweit er die Beiträge erbracht hat, nicht aber der Stelle oder Person, die neben dem Versicherten die Beiträge auf Grund des § 39 getragen hat. Für diese Stellen muß es unerheblich sein, ob der Versicherte nur eine Einkommensart hat, für die eine Rückzahlung nicht in Betracht kommt, oder mehrere Einkommensarten. Es findet keine Überzahlung statt, da jede Stelle oder Person, die die Beiträge zahlt, nur einmal und zwar höchstens bis zur Grenze des § 37 Abs. 2 herangezogen wird.

Zu § 39 Verteilung der Beitragslast

Die Verteilung der Beitragslast folgt den einschlägigen Regelungen im Bereich der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung.

Die Regelung in Buchstabe g verzichtet auf eine differenzierende Regelung entsprechend § 1385 b RV0.

Zu § 40 Zahlungspflichtige

Die Regelung über die Zahlungspflicht entsprechen denen der Kranken- und Rentenversicherung.

Zu § 41 Beitragsabzug vom Lohn

Die Vorschrift regelt den Beitragsabzug für alle abhängig Beschäftigten. Für die Durchführung des Beitragsabzugs wurde auf die §§ 394 ff RVO verwiesen, um das Verfahren des Beitragseinzugs aus Verwaltungsvereinfachungsgründen dem für die Krankenversicherung geltenden Verfahren anzupassen.

Zu § 42 Beitragsabzug von Renten und Versorgungsbezügen

Diese Vorschrift lehnt sich an § 393 a RVO an.

Zu § 43 Beitragseinzug

Die Beiträge zur Pflegeversicherung sollen wie die übrigen Sozialversicherungsbeiträge von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung eingezogen werden. Die Vorschrift lehnt sich daher an die Regelungen in § 1399 Abs. 1 bis 4 RVO an.

Zu § 44 Zuschuß des Bundes

Diese Vorschrift regelt den Bundeszuschuß. Im Interesse einer vertretbaren Entwicklung der Beitragssätze muß der Zuschuß an die Ausgaben der Pflegeversicherung angeknüpft werden. Die Aufteilung des Bundeszuschusses ist entsprechend § 1389 RVO so vorzunehmen, wie es dem Verhältnis der Beitragseinnahmen der einzelnen Pflegekassen entspricht.

Zu § 45 Finanzausgleich

Die Regelung lehnt sich an das Gemeinlastverfahren des § 1390 RVO an. Die Verweisung des § 1390 Abs. 2 RVO auf Vorschriften des § 1383 a RVO wurde nicht übernommen, weil das dort geregelte Liquiditätsausgleichsverfahren nicht benötigt wird.

Die Regelung bezweckt, bei einheitlichem Beitragssatz eine annähernd gleichmäßige Entwicklung der Finanzen der Pflegeversicherungsträger zu erreichen.

Der Sache nach handelt es sich um die Bildung eines Pools, der die unterschiedlichen Risiken auf alle Träger verteilt. Damit ist klargestellt, daß sämtliche Träger ohne Rücksicht auf ihre unterschiedliche Trägerschaft beim Finanzausgleich beteiligt werden.

In das Gemeinlastverfahren sind alle Versicherungsleistungen einbezogen.

Zu §§ 46 - 49 Verwaltung der Mittel

Die Pflegekasse ist eine eigenständige Kasse, die auf Grund ihrer organisatorischen Eingliederung bei der gesetzlichen Krankenversicherung lediglich die bestehende Verwaltung der Krankenkasse nutzt, ansonsten eigene Aufgaben unter Umständen mit eigenem Personal zu erfüllen hat. Aus diesem Grunde muß sie über eigenes Vermögen verfügen.

Die Verwaltung der Mittel wurde weitgehend der Verwaltung der Mittel in der Krankenversicherung angeglichen, da sowohl bei der Aufbringung der Beiträge als auch bei der Leistungsgewährung Parallelen zur Krankenversicherung vorhanden sind (vgl. §§ 363 ff RVO).

Besonderheiten bestehen darin, daß die Pflegekasse keinen eigenen Verwaltungsaufbau hat und es bei ihr einen Finanzausgleich zwischen den Kassen sowie einen Zuschuß des Bundes zu den Beiträgen nebst einer Bundesgarantie gibt (vgl. §§ 36, 37 Abs. 4, 44, 45). Aus diesem Grunde war eine Regelung über die Gesamtrücklage entbehrlich. Dagegen mußte eine Vorschrift aufgenommen werden über den Ersatz der Kosten, die den Krankenkassen durch die Übernahme von Verwaltungsaufgaben der Pflegekassen entstehen (s. § 23 Abs. 3).

Es ist denkbar, daß die Pflegekasse zur Leistungserbringung eigenes Personal anstellen muß, wenn z.B. Pflegekräfte anderer Einrichtungen oder Organisationen nicht vorhanden sind (nach § 31), so daß auch Mittel hierfür notwendig sind. In diesem Rahmen soll auch die Errichtung von Eigenbetrieben durch den Umfang des Verwaltungsvermögens ermöglicht werden.

Zu § 50 Kassenverbände

Dieser Abschnitt regelt entsprechend den §§ 406 ff RVO für die Pflegeversicherung die Bildung von Kassenverbänden.

Unter Kassenverbänden im Sinne des Abs. 1 dieser Vorschrift sind sowohl Kassenverbände im Sinne des § 406 Abs. 1 RVO als auch Landesverbände und Bundesverbände im Sinne des § 414 Abs. 1 und 3 RVO zu verstehen. Diese Kassenverbände sind in gleicher Weise wie bei den Krankenkassen zu bilden, d.h. die entsprechende Pflegekasse, die bei einer Krankenkasse errichtet ist, wird Mitglied in einem dem Krankenkassenverband entsprechenden Pflegekassenverband.

Die Notwendigkeit, einen Pflegekassenverband entsprechend § 406 RVO zu bilden, ist nicht in jedem Fall gegeben.

Abs. 2 stellt jedoch sicher, daß bei Bestehen eines entsprechenden Krankenkassenverbandes die Pflegekassen auch einen solchen Verband bilden können.

Zu § 51 Landesverbände

Diese Vorschrift regelt die Aufgabe der Landesverbände, die entsprechend § 414 Absatz 1 RVO gebildet werden.

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen dem § 414 e RVO. Absatz 2 c ermöglicht den Mitgliedskassen, ihren Landesverband zu bevollmächtigen, Verträge mit den Trägern geeigneter Einrichtungen oder den sie vertretenden Vereinigungen zur Sicherstellung der Pflege in ihrem Namen abzuschließen.

Absatz 2 f regelt die Förderung der Aus- und Fortbildung von Beschäftigten im Bereich der Aufgaben der Pflegekassen.

Zu § 52 Bundesverbände

Diese Vorschrift regelt die Aufgaben der Bundesverbände der Pflegekassen in Anlehnung an § 414 f RVO.

Zu §§ 53 bis 55 Straf- und Bußgeldvorschriften

Die Regelungen entsprechen den §§ 529 bis 532 RVO.

2. Zu Artikel 2. Änderung von Gesetzen

Im wesentlichen beruhen die Gesetzesänderungen darauf, daß sich der Anwendungsbereich des jeweiligen Gesetzes auch auf die neu eingefügte Pflegeversicherung erstreckt.

Einer näheren Begründung bedarf es daher nur bei einzelnen Änderungsvorschriften:

Zu § 2 Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummern 3 und 4

Im bundesdeutschen Rechtssystem unterliegt die gesamte Sozialversicherung der Selbstverwaltung. Ausdruck dieser grundlegenden Entscheidung des Gesetzgebers ist § 29 Abs. 1 SGB IV.

Deshalb waren auch bei der Schaffung eines neuen Teils der Sozialversicherung eigene Organe vorzusehen. Insoweit gelten die Vorschriften der §§ 29 ff SGB IV auch für die Pflegeversicherung. Da jedoch nach § 28 des Pflegeversicherungsgesetzes der Geschäftsführer und Stellvertreter des Geschäftsführers der Krankenkasse mit dem Geschäftsführer und Stellvertreter des Geschäftsführers der Pflegekasse identisch sind, war eine spezielle Regelung in das SGB IV für die Wahl des gemeinsamen Geschäftsführers und seines Stellvertreters aufzunehmen.

Um einem Konflikt zwischen der Krankenkasse und der Pflegekasse vorzubeugen, wurde die Verpflichtung der Vorstände normiert, vor der Wahl einen gemeinsamen Vorschlag vorzulegen. Kommt kein Vorschlag zustande, so daß der Geschäftsführer und sein Stellvertreter nicht gewählt werden können, werden die Geschäfte von der Aufsichtsbehörde oder durch Beauftragte geführt (entsprechend § 37 Abs. 1 Satz 1).

Damit soll der Einigungsdruck erhöht werden.

Falls dennoch keine Wahl erfolgt, gilt die allgemeine Regelung des § 37 Abs. 1 SGB IV.

Die für die Betriebskrankenkassen geltenden Sonderregelungen wurden durch entsprechende Änderung des § 36 Abs. 2 auf die bei ihnen errichteten Pflegekassen ausgedehnt.

Zu Nummer 5

Die klassische Aufteilung der Gruppen in Versicherte und Arbeitgeber mußte erweitert werden um die Personen, die bislang regelmäßig nicht in der Sozialversicherung versichert waren: die Beamten sowie die Selbständigen und Arbeitgeber.

Mitglieder und damit Versicherte im Sinne des § 47 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV sind alle Personen, die die Voraussetzungen des § 2 Pflegeversicherungsgesetz erfüllen (vgl. § 25 Abs. 1 Pflegeversicherungsgesetz).

Auf Grund der Vorschriften des § 47 Abs. 4 SGB IV i.V.m. Artikel 2 § 2 Nr. 5 b dieses Gesetzes gehören jedoch alle Arbeitgeber und Selbständige nur zur Gruppe der Arbeitgeber. Damit ist eine systemgerechte Aufteilung der hinzutretenden Personenkreise in die bestehenden Gruppen gegeben.

**Zu § 3 Änderung des Gesetzes über die Sozialversicherung
Behinderter in geschützten Einrichtungen**

Zu Nummer 2

Im Sinne einer einheitlichen Berechnung der Beiträge lehnt sich der neugefaßte § 7 a SVBG bezüglich der Höhe des zugrunde zu legenden durchschnittlichen Arbeitsentgelts an die Regelung des § 38 Abs. 1 Buchstaben e und f des Pflegeversicherungsgesetzes an. Auch hier rechtfertigt es die Schaffung eines wirtschaftlichen Gegenwertes, den Arbeitgeber mit einer Beitragszahlung zu belasten, s. auch die Begründung zu § 38 Abs. 1 Buchstabe f.

Zu § 7 Änderung des Einkommensteuergesetzes

Zu Nummer 2

Die Regelung trägt dem Umstand Rechnung, daß nach der Konzeption des Pflegeversicherungsgesetzes auch der öffentlich-rechtliche Dienstherr mit Beitragsanteilen z.B. für Beamte und Richter belastet wird, vgl. § 39 Buchstabe a des Pflegeversicherungsgesetzes.

Zu Nummer 3

Die Regelung orientiert sich an § 3 Nrn. 14 und 62 des Einkommensteuergesetzes. Auch die Beitragsleistungen der Rentenversicherungsträger etc. sind steuerfrei.

Zu § 8 Änderung der Reichsversicherungsordnung

Zu Nummer 1

Mit der Eingliederung der Pflegeversicherung in das System der Sozialversicherung konnte der Regelungsgehalt des § 216 Abs. 1 Nr. 4 RVO nicht mehr aufrechterhalten werden. Bei den bisher von dieser Vorschrift erfaßten Tatbeständen wird sich in Zukunft nach dem Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen entscheiden, ob Leistungen nach der gesetzlichen Pflege- oder der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen sind.

Zu Nummer 2

Hierbei handelt es sich um die notwendige Ergänzung des § 1227 RVO zur Einführung einer Pflichtversicherung auf Antrag zugunsten der Pflegeperson.

Zu Nummer 3

Die Ergänzung des § 1255 Abs. 6 RVO stellt sicher, daß die Zeiten, für die Beiträge zu einer Pflichtversicherung auf Antrag entrichtet werden, in die Rentenberechnung eingehen.

Zu Nummer 4

Die Ergänzung des § 1385 RVO regelt die Höhe der Beiträge entsprechend § 12 Abs. 4 des Pflegeversicherungsgesetzes.

Zu Nummer 5

Die Änderung des § 1405 a RVO bewirkt, daß § 1405 RVO auch auf Versicherte anwendbar ist, die auf Grund ihrer Pflege-tätigkeit von der Möglichkeit der Pflichtversicherung auf Antrag Gebrauch gemacht haben. In den Fällen des § 12 Abs. 2 Pflegeversicherungsgesetz, in denen die Pflegeperson eine bis zu halbschichtige Erwerbstätigkeit ausübt und bereits deswegen der Pflichtversicherung in der Rentenversicherung unterliegt, sind die Vorschriften über die Mehrfachbeschäftigung anzuwenden. Damit wird sichergestellt, daß alle entrichteten Beiträge als Pflichtbeiträge behandelt werden können.

Die Änderung des § 1405 a Abs. 2 RVO ist redaktioneller Art, da sich diese Vorschrift nicht auf die Versicherung von Pflegepersonen bezieht.

Zu § 9 Angestelltenversicherungsgesetz

Bei den Änderungen handelt es sich um Paralleländerungen zu den entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung.

Zu § 10 Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte

Bei den Änderungen handelt es sich um Paralleländerungen zu den entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung.

Zu § 14 Änderung der Abgabenordnung

Die Ergänzung des § 31 Abs. 2 AO stellt sicher, daß die Finanzbehörden von sich aus Name und Anschrift der Versicherten der Pflegekasse mitteilen. Dies schließt die Ermittlung der zuständigen Kassen ein. Die hierfür notwendigen Angaben können nach § 150 Abs. 5 Satz 3 AO n.F. erfragt werden.

III. Finanzieller Teil

Die folgenden Kostenschätzungen fußen auf den fortgeschriebenen Berechnungen der Bund/Länder-Arbeitsgruppe (Bericht der Bund/Länder-Arbeitsgruppe "Aufbau und Finanzierung ambulanter und stationärer Pflegedienste", März 1980) und den Erhebungen der oben zitierten Socialdata-Untersuchung.

Insofern stimmen die folgenden Berechnungsansätze überein mit denen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge ("Sozialversicherungsrechtliche Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit - Einzelüberlegungen für eine Pflegeversicherung", Sommer 1984) und des Gesetzentwurfs der Fraktion Die Grünen (Entwurf eines Gesetzes zur Finanzierung einer besseren Pflege - Bundespflegegesetz, BT-Drucksache 10/2609).

1. Häusliche Pflege

a) Kosten der sozialen Dienste

Es wird davon ausgegangen, daß die Investitionsförderung durch die Länder verstärkt, zumindest aber im bisherigen Umfang aufrechterhalten bleibt, so daß im wesentlichen laufende Kosten anfallen werden. Dabei wird erwartet, daß die Kommunen, die den Ausbau und die Unterhaltung

ambulanter pflegerischer Dienste im Rahmen der Daseinsvorsorge in der Vergangenheit bereits häufig erheblich gefördert haben, den durch die Entlastung von Aufwendungen nach §§ 68 ff BSHG infolge der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes gewonnenen finanziellen Spielraum nutzen, die Förderung künftig noch zu verstärken.

Die Bund/Länder-Arbeitsgruppe (a.a.Ø. S. 44) schätzte die Ausgaben der öffentlichen Hand für ambulante pflegerische Dienste im Jahr 1977 auf DM 240 Mio.

Aktuellere Zahlen weisen für 1983 die Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen abzüglich Pflegegeld mit DM 120,9 Mio aus ("Sozialhilfeaufwand 1983", Wirtschaft und Statistik, Heft 10/1984, S. 889, Tabelle 2). Auf Grund einer 1981 durchgeführten hochgerechneten Erhebung beliefen sich die Aufwendungen der Träger der mobilen Krankenpflege 1980 in Hessen auf rd. DM 35 Mio. Davon entfielen etwa 50 % der Aufwendungen auf Leistungen, die für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 185 RVO erbracht wurden. Auf den Bund hochgerechnet ergäbe dies Aufwendungen von DM 190 Mio jährlich, die außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht wurden. Im Regelfall wurden die Aufwendungen nicht durch die Einnahmen gedeckt.

Infolge der Einführung der Pflegeversicherung wird eine steigende Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste erwartet. Dies ist zur Vermeidung einer stationären Aufnahme und zur Entlastung der Pflegeperson auch gewollt. Deshalb erscheint im Rahmen der Pflegeversicherung ein Kostenansatz für ambulante Pflege von DM 440 Mio jährlich gerechtfertigt.

b) Pflegegeld

Der Bericht der Bund/Länder-Arbeitsgruppe (a.a.O. S. 17, 18), der sich dabei stützt auf die Socialdata-Erhebung (a.a.O. S. 39), unterscheidet hinsichtlich des Grades der Pflegebedürftigkeit die Gruppen A - C. Außerdem werden in einer Gruppe D Personen erfaßt, die zwar nicht pflegebedürftig sind, aber auf Grund ihrer Behinderung einer intensiven Betreuung bedürfen. Anspruchsberechtigt auf Pflegegeld nach § 11 dieses Gesetzes sind die Pflegebedürftigen der Gruppen A und B voll, von der Gruppe C 20 %. Die Anspruchsberechtigten verteilen sich auf die einzelnen Gruppen wie folgt:

Gruppe A	212.000 Pflegebedürftige
Gruppe B	422.000 Pflegebedürftige
Gruppe C	937.000
davon 20 %	187.400 Pflegebedürftige
	821.400 Pflegebedürftige

Da dieses Gesetz drei Pflegegeldstufen vorsieht, wurde die Gesamtzahl der in Betracht kommenden Pflegebedürftigen unter Zugrundelegung der Zusatzstatistik über Hilfe zur Pflege 1977 ("Wirtschaft und Statistik", Heft 3/1980, S. 198, Tabelle 1) den einzelnen Pflegegeldstufen zugeordnet. Dabei wurde davon ausgegangen, daß sich der Grad der Pflegebedürftigkeit auch derjenigen Pflegebedürftigen, die keine Sozialhilfe erhalten, in der Zusammensetzung der Sozialhilfeempfänger widerspiegelt, daß also Einkommen und Vermögen keinen Einfluß auf andere Pflegebedürftigkeitsstufen haben.

Werden die in der genannten Zusatzstatistik mit 38,3 % ausgewiesenen "Empfänger von Pflegegeld zusammen" als 100 % angenommen, ergeben sich die folgenden Anteile der Untergruppen:

Erheblich Pflegebedürftige	27,1 % von 38,3 % = 70,75 % von 100 %
Außergewöhnlich Pflegebedürftige	5,4 % von 38,3 % = 14,09 % von 100 %
Schwerstpflegebedürftige	5,8 % von 38,3 % = 15,14 % von 100 %

Danach haben Anspruch auf Pflegegeld

nach § 11 Abs. 2	70,75 % von 821.400 = 581.400	Pflegebedürftige
nach § 11 Abs. 3	14,09 % von 821.400 = 115.735	Pflegebedürftige
nach § 11 Abs. 4	15,14 % von 821.400 = 124.359	Pflegebedürftige
		821.234 Pflegebedürftige

Durch die Pflegegeldzahlungen nach § 11 des Gesetzes entstehen folgende Aufwendungen:

Pflegegeld nach § 11 Abs. 2	581.400x300x12 = DM 2.093,0 Mio
Pflegegeld nach § 11 Abs. 3	115.735x550x12 = DM 763,9 Mio
Pflegegeld nach § 11 Abs. 4	124.359x800x12 = DM 1.193,8 Mio
Gesamt	DM 4.050,7 Mio

Unter Berücksichtigung des Anstiegs der Zahl der über 75-jährigen, bei denen das Pflegebedürftigkeitsrisiko in besonderem Maße gegeben ist, im Zeitraum 1978 bis 1982 wird der Aufwand um 10,9 % angehoben. Er beläuft sich dann auf DM 4.492,2 Mio.

c) Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen

Der Berechnung der Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen (§ 12) liegen 75 % des durchschnittlichen Arbeitsentgelts aller Versicherten der Rentenversicherung ohne Auszubildende und Anlernlinge im vorvergangenen Kalenderjahr zugrunde. Das für 1984 maßgebliche durchschnittliche Arbeitsentgelt beläuft sich auf DM 2.863,17 monatlich. 75 % hiervon machen DM 2.147,38 aus. Der Rentenversicherungsbeitrag beträgt seit 1.1.1985 18,7 %. Der Vollbeitrag einer Pflegeperson errechnet sich dann wie folgt:

$$18,7 \% \text{ von } 2.147,38 \times 12 = \text{DM } 4.818,72$$

Wird unterstellt, daß bei 55 % der rd. 240.000 außergewöhnlich oder Schwerstpflegebedürftigen wegen der Wahrnehmung der Pflegeaufgabe auf die Ausübung einer Erwerbstätigkeit völlig verzichtet werden muß und die Pflegeperson das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, ergibt sich folgende Rechnung:

$$132.000 \times 4.818,72 = \text{DM } 636,1 \text{ Mio}$$

d) Geräte zur Erleichterung der Pflege

Der erforderliche Ansatz wird auf DM 90 Mio geschätzt.

e) Behindertengerechte Wohnung

Der erforderliche Ansatz wird auf DM 120 Mio geschätzt.

f) Fahr- und Transportkosten

Der erforderliche Ansatz wird auf DM 30 Mio geschätzt.

2. Stationäre Pflege

Die Bundesregierung übernimmt in ihrem Bericht zu Fragen der Pflegebedürftigkeit (BT-Drucksache 10/1943, S. 6) die Ergebnisse der Bund/Länder-Arbeitsgruppe (a.a.O. S. 30), die die Zahl der stationär untergebrachten Pflegebedürftigen mit 260.000 ermittelte. Auch die folgenden Berechnungen gehen von dieser Zahl aus.

Das Gesetz sieht die Übernahme der Pflegekosten durch die Pflegeversicherung vor (§ 17), wobei die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von den Pflegebedürftigen zu tragen sind. Da die häusliche Pflege vorrangig ist und eine stationäre Unterbringung nur erfolgen soll, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Maße möglich ist, wird davon ausgegangen, daß die Notwendigkeit zur stationären Aufnahme nur bei Pflegebedürftigen der beiden obersten Pflegesatzgruppen gegeben ist.

Nach dem für die hessischen Pflegeeinrichtungen geltenden Pflegesatztarif 1984 liegen die Pflegesätze der

Pflegesatzgruppe 3 zwischen DM 38,50 und 63,90

Pflegesatzgruppe 4 zwischen DM 48,50 und 79,90

Unter Berücksichtigung des Umstands, daß für einen Teil der Einrichtungen den Pflegesatztarif überschreitende Sonderpflegesätze vereinbart wurden und im Hinblick auf den angestrebten Ausbau der aktivierenden Pflege erscheint es gerechtfertigt, der Kostenkalkulation einen Durchschnittspflegesatz von DM 80 zugrunde zu legen. Auf Grund der Erfahrungen ist davon auszugehen, daß der Pflegekostenanteil etwa zwei Drittel des Pflegesatzes ausmacht. Dies bedeutet, daß die Pflegeversicherung je Pflege-tag rd. DM 54 zu tragen hätte. Ihr Aufwand für die stationäre Pflege errechnet sich dann wie folgt:

$$260.000 \times 54 \times 365 = \text{DM } 5.124,6 \text{ Mio}$$

3. Zusammenfassung

a) Aufwendungen

Kostenarten	Kosten in Mio DM
Kosten der sozialen Dienste (1 a)	440,0
Pflegegeld (1 b)	4.492,2
Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen (1 c)	636,1
Geräte zur Erleichterung der Pflege (1 d)	90,0
Behindertengerechte Wohnung (1 e)	120,0
Fahr- und Transportkosten (1 f)	30,0
Stationäre Pflege (2)	5.124,6
	<u>10.932,9</u>
zuzüglich 8 % Verwaltungskosten	874,6
Gesamt	<u>11.807,5</u>
abzüglich Aufwendungen vorleistungs- pflichtiger Kostenträger (§ 21) laut Bericht der Bundesregierung (a.a.O. S. 8)	917,2
Verbleibende Gesamtaufwendungen	<u>10.890,3</u> =====

b) Finanzierung

Die Pflegeversicherung wird durch Beiträge und einen Bundeszuschuß finanziert (§ 36).

Der Beitragsberechnung wird die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung zugrunde gelegt (§ 37 Abs. 2). Ein Beitragspunkt in der Rentenversicherung ergibt 1984 DM 7.184 Mio. Hinzu kommen die

Beiträge der nichtrentenversicherten beitragspflichtigen Versicherten der Pflegeversicherung, bei denen ein Beitragspunkt mit DM 880 Mio veranschlagt wird.

Schließlich sind die Beiträge der Rentner zur Pflegeversicherung zu berücksichtigen, bei denen ein Beitragspunkt DM 1.473 Mio ausmacht. Insgesamt bringt ein Beitragspunkt damit ein Beitragsaufkommen von DM 9.537 Mio.

Das Gesetz sieht ab 1.1.1987 einen Beitragssatz von 0,8 % vor. Das daraus zu erwartende Beitragsaufkommen beläuft sich auf DM 7.629,6 Mio.

Der Zuschuß des Bundes beträgt nach § 44 30 % der Ausgaben der Versicherung. Dies entspricht DM 3.268,2 Mio.

Damit ist eine Deckung der zu erwartenden Aufwendungen durch Beiträge und Zuschuß gesichert.

01.07.86

AS - Fz - G - In - R

Empfehlungen

der Ausschüsse

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Absicherung des Risikos
der Pflegebedürftigkeit
(Pflegeversicherungsgesetz - PflegeVersG)

- Antrag des Landes Hessen -

Punkt der 567. Sitzung des Bundesrates am 11. Juli 1986

A

1. Der Finanzausschuß

empfiehlt dem Bundesrat, die Beratung der Vorlage zu
v e r t a g e n.

Begründung:

Der Bundesrat hält es aus Gründen einer geordneten Finanzpolitik für unerläßlich, daß Maßnahmen zur Verbesserung der Lage der Pflegebedürftigen in den mittelfristigen Finanzrahmen des öffentlichen Gesamthaushalts eingepaßt werden, wobei auch die großen Ausgabeerwartungen in anderen Bereichen, die hohen Einnahmeausfälle durch die vorgesehenen Steuerentlastungen und die Notwendigkeit einer Fortsetzung der finanzwirtschaftlichen Konsolidierung zu berücksichtigen sind.

(noch Ziff. 1)

Die vom Ausschuß für Arbeit und Sozialpolitik durchgeführte öffentliche Anhörung von Sachverständigen hat eine Reihe von Fragen offengelassen und neue Fragen aufgeworfen. Insbesondere lassen sich derzeit die finanziellen Auswirkungen keines der Gesetzentwürfe überblicken. Die öffentliche Anhörung hat Anhaltspunkte dafür ergeben, daß die Kosten der Gesetzentwürfe wesentlich höher sind als angegeben. Außerdem lassen die schon jetzt als Einstiegslösungen bezeichneten Gesetzentwürfe befürchten, daß weitere erhebliche Kosten entstehen werden.

B

2. Der federführende Ausschuß für Arbeit und Sozialpolitik und der Ausschuß für Innere Angelegenheiten

empfehlen dem Bundesrat, den Gesetzentwurf beim Deutschen Bundestag **n i c h t** einzubringen.

C

Der Rechtsausschuß sieht von einer abschließenden Empfehlung zur Einbringung des Gesetzentwurfs ab, weil diese Frage vorwiegend aus fachlicher Sicht zu beurteilen sei.

D

Der Rechtsausschuß (R)

empfiehlt dem Bundesrat jedoch für den Fall der Einbringung des Gesetzentwurfs gemäß Artikel 76 Abs. 1 des Grundgesetzes die Annahme folgender Änderungen:

R 3. Zu Artikel 1 (§ 53)
 Artikel 2 (§ 15 - neu -)

- a) In Artikel 1 ist § 53 zu streichen.
- b) In Artikel 2 ist folgender § 15 anzufügen:

'§ 15

Änderung des Strafgesetzbuches

In § 266 a des Strafgesetzbuches i.d.F. der Bekanntmachung vom 2. Januar 1975 (BGBl. I S. 1), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 15. Mai 1986 (BGBl. I S. 721) geändert worden ist, werden in den Absätzen 1 und 3 nach dem Wort "Sozialversicherung" die Worte ", zur Pflegeversicherung" eingefügt.'

Als Folge

sind in Artikel 1 in der Überschrift des neunten Abschnitts die Worte "Straf- und" zu streichen.

(noch Ziff. 3)

Begründung:

Das Vorenthalten von Beiträgen des Arbeitnehmers zur Sozialversicherung durch den Arbeitgeber oder durch das zahlungspflichtige Mitglied einer Ersatzkasse wird aufgrund des Zweiten Gesetzes zur Bekämpfung der Wirtschaftskriminalität (2. WiKG) vom 15. Mai 1986 (BGBl. I S. 721) in der neugeschaffenen Vorschrift des § 266 a StGB unter Strafdrohung gestellt; die bisher geltende Regelung des § 529 RVO, an die sich die in § 53 des Entwurfs eines Pflegeversicherungsgesetzes vorgesehene Strafvorschrift anlehnt, wird gemäß Artikel 8 Nr. 8 Buchstabe b des Zweiten Gesetzes zur Bekämpfung der Wirtschaftskriminalität aufgehoben. Bei der Einführung der vorgeschlagenen Pflegeversicherung sollte der Anwendungsbereich des § 266 a StGB dementsprechend erweitert werden. Der Auftraggeber eines Hausgewerbetreibenden steht nach § 266 a Abs. 4 StGB dem "Arbeitgeber" im Sinne dieser Vorschrift gleich.

R 4. Zu Artikel 1 (nach § 55)

In Artikel 1 ist nach § 55 folgender neuer Abschnitt einzufügen:

"Zehnter Abschnitt

Geltungsbereich

(Ziff. 4)

§ 56

Berlin-Klausel

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land Berlin. Rechtsverordnungen, die aufgrund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes."

Begründung:

Neben dem Mantelgesetz bedarf auch das in ihm enthaltene Stammgesetz - das Pflegeversicherungsgesetz - einer eigenen Berlin-Klausel. Dies ergibt sich daraus, daß mit dem Stammgesetz ein vollständiges, künftig selbständig zitierbares Gesetz ergehen soll, dem eine eigene Berlin-Klausel gebührt (vgl. AH 5 der Arbeits-hilfen zur Gestaltung von Bundesrecht des Bundesministeriums der Justiz unter 2.1.5.).

E

Der Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit hat seine Beratungen noch nicht abgeschlossen. *)

*) Die Beratung der Vorlage im Bundesrat erfolgt auf Grund eines Antrages des Landes Hessen gemäß § 23 Abs. 3 i.V.m. § 15 Abs. 1 GO BR.

09.07.86

Antrag

des Landes Berlin

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit
(Pflegeversicherungsgesetz - PflegeVersG)

- Antrag des Landes Hessen -

Punkt 17 a) der 567. Sitzung des Bundesrates am 11. Juli 1986

Der Bundesrat wolle beschließen:

Der Gesetzentwurf wird zur weiteren Beratung an die Ausschüsse zurück-
verwiesen.

Begründung:

Eine Entscheidung über den Gesetzentwurf ist
ohne eingehende Beratung und ohne Auswertung
der Sachverständigenanhörung vom 9. Juni 1986
in den Ausschüssen nicht möglich.

- 125 -

11.07.86

Beschluß

des Bundesrates

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Absicherung des Risikos der
Pflegebedürftigkeit

(Pflegeversicherungsgesetz - PflegeVersG)

- Antrag des Landes Hessen -

Der Bundesrat hat in seiner 567. Sitzung am 11. Juli 1986 beschlossen, den Gesetzentwurf beim Deutschen Bundestag nicht einzubringen.