**Bundesrat** **Drucksache 367/90**

28.05.90

# Gesetzesantrag

## des Landes Baden-Württemberg

## Entwurf eines Gesetzes zur Vorsorge gegen das finanzielle Pflegerisiko (Pflegevorsorgegesetz – PflegeVG)

## A. Zielsetzung

Mit steigendem Lebensalter wächst das Risiko, aufgrund von Krankheit, Gebrechlichkeit oder Unfall so behindert zu sein, daß man für die Verrichtungen des täglichen Lebens der Hilfe einer anderen Person bedarf.

Bereits heute ist jeder 6. Mensch, der älter als 65 Jahre ist, in diesem Sinne pflegebedürftig.

Eine Reihe von Einflußfaktoren deutet auf eine Verschärfung der Problematik hin. Im Vordergrund steht dabei die demographische Entwicklung, bei der eine absolut schrumpfende Bevölkerung mit einem relativen Anwachsen des Anteils alter Menschen einhergeht. So wird voraussichtlich der sog. Altenquotient als prozentuales Verhältnis der über 60jährigen zu den 18 – 60jährigen von 36 (1980) auf 63 (2030) ansteigen. Außerdem wird sich die Qualität der medizinischen Versorgung weiter verbessern und die Lebenserwartung steigen. Des weiteren sinkt die Fähigkeit zur familiären Hilfe bei zunehmenden Scheidungsraten sowie einer Tendenz zu Ein-Personen-Haushalten.

Immer mehr Pflegebedürftige werden zu Sozialhilfeempfängern, vor allem, wenn sie einer Pflege im Heim bedürfen. Die Mehrzahl der Heimbewohner kann schon heute die Pflegekosten nicht mehr völlig aus eigenen Mitteln finanzieren. Sie sind damit auf Sozialhilfe angewiesen.

Seit Jahren wird daher an Vorschlägen für eine bessere finanzielle Absicherung im Fall der Pflegebedürftigkeit gearbeitet. Neben einigen landesgesetzlichen Regelungen und Leistungen für die häusliche Krankenpflege durch die gesetzliche Krankenversicherung fehlt aber noch immer eine umfassende, zukunftsgerichtete Lösung. Dies erklärt sich vor allem aus der erheblichen sozial-, finanz- und ordnungspolitischen Tragweite, die jeder Lösungsversuch in diesem Bereich hat und für die bislang kein Konsens gefunden werden konnte.

Der Entwurf eines Gesetzes zur Vorsorge gegen das finanzielle Pflegerisiko zielt vor diesem Hintergrund darauf, die Eigenvorsorge der Bevölkerung für die finanziellen Risiken der Pflegebedürftigkeit zu verstärken und eine Pflicht zur Mindestvorsorge einzuführen. Damit soll die bei einer Steuerfinanzierung drohende Überforderung des Staates ebenso vermieden werden, wie eine Überlastung der bestehenden Sozialversicherungssysteme.

Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 08 21, 5300 Bonn 2
ISSN 0720-2946

## B. Lösung

Mit dem Gesetz zur Vorsorge gegen das finanzielle Pflegerisiko wird eine Vorsorgepflicht für alle Bürger, die älter als 45 Jahre sind, eingeführt. Diese Vorsorgepflicht führt in der Regel dazu, daß die Vorsorgepflichtigen eine Pflegeversicherung bei einem Versicherer ihrer Wahl abschließen müssen, die eine Mindestsicherung bei Pflegebedürftigkeit insbesondere im Alter vorsieht.
Die Lösung verwirklicht vor allem folgende Ziele:

- eine finanzielle Mindestsicherung gegen das Pflegefallrisiko nahezu der gesamten Bevölkerung ab dem 45. Lebensjahr,

- eine Entlastung der bestehenden sozialen Sicherungssysteme für die Zukunft,

- eine Entlastung künftiger Generationen durch ein zukunftssicheres Kapitaldeckungsverfahren,

- Leistung und Gegenleistung sind für den vorsorgepflichtigen Bürger einsichtig und nachvollziehbar (Risikoäquivalenz),

- es werden vielfältige Vorsorgeformen ermöglicht, die über einen Wettbewerb der Anbieter zu einer kostengünstigen Risikovorsorge führen,

- unabhängig von der Versorgung zu Hause oder im Heim erhält der Pflegebedürftige eine Geldleistung; dies erhöht seine Wahlfreiheit bei Pflegebedürftigkeit und wirkt der Tendenz zur Heimunterbringung entgegen,

- die individuelle Leistungsfähigkeit der Vorsorgepflichtigen wird durch eine steuerfinanzierte soziale Entlastungsregelung, gestaffelt nach Alter, Einkommen und Familiensituation, berücksichtigt,

- in der Übergangszeit bis zur vollen Wirksamkeit der Eigenvorsorge erhalten diejenigen, die nicht vorsorgen konnten, d.h. die über 65jährigen Schwerpflegebedürftigen in Ergänzung des Gesundheits-Reformgesetzes bei stationärer Versorgung Geldleistungen von bis zu 750 DM im Monat durch die gesetzliche Krankenversicherung.

## C. Alternativen

a) Pflegegesetz als Leistungsgesetz des Bundes, finanziert aus Steuermitteln.

b) Sozialversicherungslösung insbesondere in Form einer die gesamte Bevölkerung umfassende Pflegeversicherung als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung (sog. Volksversicherung).

Bei diesen Sicherungsformen verläßt man sich in einem Umlageverfahren darauf, daß in einem generationenübergreifenden Ausgleich den heutigen Beitrags- bzw. Steuerzahlern ihre erworbenen Ansprüche von künftigen, gleichermaßen leistungsfähigen, wie leistungswilligen Zahlern erfüllt werden. Angesichts der bekannten demographischen Entwicklungslinien würde längerfristig die Einlösung der heutigen Leistungsversprechen jedoch zu einer unzumutbaren Belastung künftiger Generationen führen. Eine Absicherung der finanziellen Risiken der Pflegebedürftigkeit weiter Bevölkerungskreise ist daher nur noch für eine Übergangszeit über die genannten Alternativen denkbar. Diese bieten keine zukunftssicheren Lösungen und sind deshalb sozial- und ordnungspolitisch längerfristig nicht vertretbar.

## D. Kosten

Die Vorsorgepflichtigen werden durch eine Pflegeversicherung nach § 1 Absatz 2 des PflegeVG bei einem Eintrittsalter von 45 Jahren mit voraussichtlich 500 bis 600 DM pro Jahr (brutto) belastet. Durch die vorgesehene soziale Entlastungsregelung sowie die steuerliche Abzugsfähigkeit im Rahmen der Sonderausgaben kann sich die jährliche Belastung um etwa 30 v.H. auf 300 bzw. 400 DM pro Jahr (Nettobelastung) verringern. Die durchschnittliche Belastung des einzelnen unterscheidet sich damit nicht wesentlich von den Beitragsbelastungen im Rahmen einer nach gleichen Grundsätzen kalkulierten sozialversicherungsrechtlichen Lösung.

Durch die soziale Entlastungsregelung entstehen dem Bund Mehrausgaben in Höhe von schätzungsweise ca. 1,76 Mrd. DM im Jahr.

Die Sozialhilfeträger werden mit schätzungsweise ca. 0,19 Mrd. DM pro Jahr insbesondere für Prämienleistungen an Hilfeempfänger belastet. Die Bundesanstalt für Arbeit hat Prämien für Leistungsempfänger von ca. 0,28 Mrd. DM pro Jahr zu übernehmen.

Die Verfahrenskosten, die durch die vorgesehenen Melde- und Sozialverfahren und das Prämienentlastungsverfahren entstehen, sind nur schwer schätzbar. Da die Bearbeitung jedoch in der Regel mittels automatisierter Datenverarbeitung erfolgen wird, können diese insgesamt mit ca. 0,54 Mrd. DM angesetzt werden.

Die Übergangsregelung belastet die gesetzliche Krankenversicherung mit zusätzlichen Ausgaben für Geldleistungen im Pflegefall bei stationärer Versorgung in der Größenordnung von 1,8 Mrd. DM pro Jahr. Dies erfordert rechnerisch eine Anhebung der Krankenversicherungsbeiträge um 0,18 %-Punkte. Mit zunehmender Wirksamkeit der Eigenvorsorge werden die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung automatisch abgelöst.

Die Sozialhilfeträger werden durch die Übergangsregelung um ca. 0,9 Mrd. DM entlastet.

**Bundesrat** **Drucksache 367/90**

28.05.90

# Gesetzesantrag
## des Landes Baden-Württemberg

## Entwurf eines Gesetzes zur Vorsorge gegen das finanzielle Pflegerisiko (Pflegevorsorgegesetz - PflegeVG)

DER MINISTERPRÄSIDENT
DES LANDES BADEN-WÜRTTEMBERG
II/9635

Stuttgart, den 23. Mai 1990

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Walter Momper

Sehr geehrter Herr Bundesratspräsident,

die Landesregierung von Baden-Württemberg hat beschlossen, dem Bundesrat den in der Anlage beigefügten Antrag für einen

Entwurf eines Gesetzes zur Vorsorge gegen das finanzielle Pflegerisiko (Pflegevorsorgegesetz - PflegeVG)

zuzuleiten.

Ich bitte Sie, den Antrag nach § 36 Abs. 2 der Geschäftsordnung des Bundesrates auf die Tagesordnung der Sitzung des Bundesrates am 6. Juli 1990 zu setzen.

Mit vorzüglicher Hochachtung

# Entwurf eines Gesetzes zur Vorsorge gegen das finanzielle Pflegerisiko (Pflegevorsorgegesetz - PflegeVG)

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

## Artikel 1

## Gesetz zur Vorsorge gegen das finanzielle Pflegerisiko

### ERSTER ABSCHNITT

### Vorsorge für den Pflegefall

#### § 1

#### Vorsorgepflicht

(1) Jede natürliche Person, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat und die das 45. Lebensjahr vollendet hat, ist verpflichtet, Vorsorge für das Risiko des Pflegefalls zu treffen und dies bei der zuständigen Behörde nachzuweisen. Eine entstandene Vorsorgepflicht bleibt auch im Pflegefall bestehen. Personen, die bereits dauerhaft pflegebedürftig im Sinne von Absatz 2 sind, sind für die Zeit dieser Pflegebedürftigkeit nicht vorsorgepflichtig. Die Vorsorgepflicht nach Satz 1 ist in der Regel durch Abschluß einer Pflegekrankenversicherung oder Pflegerentenversicherung (Pflegeversicherung), die den Anforderungen des Absatz 2 entspricht, zu erfüllen. Auf Antrag sind anstelle einer Pflegeversicherung nach diesem Gesetz auch andere Absicherungen für den Pflegefall als ausreichende Vorsorge anzuerkennen, wenn der Vorsorgepflichtige nachweist, daß er durch diese im Pflegefall mit gleichartigen, gleichwertigen, gesicherten laufenden Leistungen wie aus einer Pflegeversicherung nach Absatz 2 abgesichert ist.

(2) Die Pflegeversicherung muß mindestens für den Pflegefall Geldleistungen vorsehen, die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestuft sind und die bei Schwerstpflegebedürftigkeit monatlich nicht weniger als 1.500 DM betragen (Mindestsicherung). Das Nähere zur Mindestsicherung ergibt sich aus der Anlage zu diesem Gesetz.

(3) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die in Absatz 2 genannte Mindestsicherung jährlich an die wirtschaftlichen Verhältnisse, insbesondere an die allgemeine Einkommensentwicklung, anzupassen, um eine hinreichende Absicherung der Vorsorgepflichtigen sicherzustellen.

#### § 2

#### Solidarische Absicherung

(1) Die zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten Versicherungsunternehmen dürfen für die Absicherung bis zu der in § 1 Absatz 2 genannten Mindestsicherung keine geschlechtsdifferenzierten Prämien erheben. Dies gilt nicht für den Personenkreis nach § 19 Absatz 1.

(2) Bei Vorsorgepflichtigen, die seit mindestens drei Jahren ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzes haben, ist bei der Mindestsicherung eine Staffelung der Prämien nach dem Gesundheitszustand unzulässig.

#### § 3

#### Kontrahierungszwang

(1) Die Versicherung kann nur bei einem im Inland zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten Versicherungsunternehmen genommen werden.

(2) Die im Geltungsbereich dieses Gesetzes zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, den Vorsorgepflichtigen Versicherung für den Fall der Pflegebedürftigkeit gemäß § 1 Absatz 2 nach Maßgabe des § 2 zu gewähren.

(3) Der Antrag darf nur abgelehnt werden,

1. wenn sachliche oder örtliche Beschränkungen im Geschäftsplan des Versicherungsunternehmens dem Abschluß des Vertrages entgegenstehen,
2. wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherungsunternehmen versichert war und das Versicherungsunternehmen
   a) den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat,
   b) vom Versicherungsvertrag wegen Nichtzahlung der ersten Prämie zurückgetreten ist oder
   c) den Versicherungsvertrag wegen Prämienverzugs gekündigt hat.

#### § 4

#### Ersatzweise Versicherung

(1) Die zuständige Behörde kann zur Vollstreckung der Verpflichtung nach § 1 Absatz 1 Satz 1 Zwangsmittel nach den jeweiligen landesrechtlichen Bestimmungen

anwenden. Weist der Vorsorgepflichtige nicht innerhalb eines Jahres seit Entstehen der Vorsorgepflicht eine den Erfordernissen dieses Gesetzes entsprechende Pflegefallabsicherung nach oder erfolgte eine Anzeige nach § 5 Absatz 2 und liegen keine gesicherten Anhaltspunkte dafür vor, daß der Vorsorgepflichtige im Pflegefall anderweitig abgesichert ist, kann die zuständige Behörde eine Pflegeversicherung (Mindestsicherung) zugunsten des Vorsorgepflichtigen bei einem zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten Versicherungsunternehmen oder, wenn dies nicht möglich ist oder mit einem unvertretbaren Verwaltungsaufwand verbunden wäre, beim Ausgleichsfonds abschließen.

(2) Grundlage der Mindestsicherung im Ausgleichsfonds sind § 1 Absatz 2 sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarife für die Ersatzversicherung, die vom Ausgleichsfonds für diesen Zweck im Benehmen mit den zur Pflegeversicherung befugten Unternehmen aufzustellen sind. §§ 7 und 8 gelten entsprechend.

(3) Die zuständige Behörde kann in den Fällen des Absatzes 1 vom Vorsorgepflichtigen den Ersatz ihrer Aufwendungen verlangen.

## ZWEITER ABSCHNITT

## Versicherung

### § 5

### Mitteilungspflicht

(1) Institutionen, die eine Mindestabsicherung nach § 1 gewähren, haben den Vorsorgepflichtigen bei dem Beginn des Vorsorgeschutzes eine Mindestabsicherungsbestätigung auszuhändigen. Die Aushändigung kann bei einer Pflegeversicherung von der Zahlung der ersten Prämie abhängig gemacht werden.

(2) Die Institutionen haben der zuständigen Behörde Anzeige zu erstatten, sobald die Mindestabsicherungsbestätigung ihre Geltung verloren hat. Ist die zuständige Behörde nicht bekannt, so genügt die Anzeige an diejenige Behörde, in deren Zuständigkeitsbereich der Vorsorgepflichtige bei Aushändigung der Mindestabsicherungsbestätigung seinen Wohnsitz hatte.

### § 6

### Allgemeine Versicherungsbedingungen

(1) Der Versicherungsvertrag für die Pflegeversicherung nach diesem Gesetz muß den von der Aufsichtsbehörde genehmigten Allgemeinen Versicherungsbedingungen entsprechen. Die Aufsichtsbehörde hat die Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu genehmigen, wenn sie mit den gesetzlichen Vorschriften sowie den Grundsätzen der Versicherungsaufsicht in Einklang stehen und dem Zweck dieses Gesetzes gerecht werden. Die Aufsichtsbehörde kann die Genehmigung versagen, wenn bei der Erteilung der Genehmigung die Einheitlichkeit der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in der jeweiligen Versicherungssparte nicht mehr hinreichend gewährleistet wäre.

(2) Um die Einheitlichkeit der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sicherzustellen, kann die Bundesregierung durch Rechtsverordnung die aufsichtsbehördlich genehmigten Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die dem Zweck dieses Gesetzes jeweils am besten gerecht werden, gegenüber den zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten Versicherungsunternehmen für verbindlich erklären.

### § 7

### Tarife

(1) Die im Geltungsbereich dieses Gesetzes zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten Versicherungsunternehmen dürfen vom Inkrafttreten dieses Gesetzes an Versicherungsverträge bis zur Mindestsicherung nach § 1 Absatz 2 nur auf der Grundlage von Tarifen (Beiträgen und Tarifbestimmungen) abschließen, die den Bestimmungen dieses Gesetzes entsprechen und die nach Maßgabe des Absatzes 2 behördlich genehmigt sind.

(2) Für die Erteilung der Genehmigung ist die Aufsichtsbehörde zuständig. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn

1. durch den Tarif ein unter Berücksichtigung des Leistungs- und Kostenverlaufs des einzelnen Versicherungsunternehmens sowie des gesamten Leistungsverlaufs aller Versicherungsunternehmen angemessenes Verhältnis von Versicherungsprämie und Versicherungsleistung dauernd gewährleistet ist,

2. durch den Tarif das Bedürfnis der Versicherten, einen wirksamen Versicherungsschutz zu haben und das Interesse des Vorsorgepflichtigen an der Gewährung des Versicherungsschutzes zu einem angemessenen Beitrag hinreichend gewahrt sind und

3. die nach Absatz 3 durch Rechtsverordnung erlassenen Vorschriften beachtet sind.

(3) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Gestaltung, Berechnung und Anwendung der Tarife sowie über das anzuwendende Verfahren zu erlassen, wenn dies erforderlich ist, um die in Absatz 2 Nr. 1 und 2 genannten Belange zu wahren, die Vergleichbarkeit untereinander zu gewährleisten und die reibungslose Abwicklung des Genehmigungsverfahrens sicherzustellen sowie eine gerechte Verteilung entstandener Überschüsse herbeizuführen. Sie kann insbesondere Vorschriften erlassen,

1. die die Voraussetzungen bestimmen, unter denen neue Tarife eingeführt und bestehende Tarife geändert werden können,

2. über die Ermittlung technischer Überschüsse bei den Versicherungsunternehmen und die Verteilung dieser Überschüsse an die Versicherungsnehmer.

### § 8

### Änderungen von Versicherungsbedingungen und Tarifen

Wird die Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder eines Tarifs genehmigt, so finden die geänderten Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder der geänderte Tarif auch auf die zu diesem Zeitpunkt nach diesem Gesetz bestehenden Versicherungsverhältnisse vom Beginn der nächsten Versicherungsperiode ab Anwendung, es sei denn, daß in dem Tarif oder bei der Erteilung der Genehmigung etwas anderes bestimmt wird.

### § 9

### Schutz der Versicherungsnehmer

Die Bundesregierung kann durch Rechtsverordnung die zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten Versicherungsunternehmen verpflichten, eine gemeinsame Sicherungskasse einzurichten, die die Ansprüche der Versicherten auf Versicherung und Leistung im Falle der Insolvenz gewährleistet. Dabei sind auch Regelungen zu treffen über Art und Weise der Mittelaufbringung durch die Versicherungsunternehmen sowie die Aufsicht über die Sicherungskasse.

## DRITTER ABSCHNITT

## Prämienentlastung

### § 10

### Prämienzuschuß

(1) Vorsorgepflichtige, die Prämien für eine Pflegeversicherung entrichten, die den Anforderungen dieses Gesetzes entspricht, können einen Zuschuß zur Versicherungsprämie erhalten, sofern ihr Einkommen die Grenzen des § 11 nicht überschreitet.

(2) Der Zuschuß beträgt höchstens 50 v.H. der Jahresprämie für die Mindestsicherung nach § 1 Absatz 2 und höchstens 200 DM.

(3) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung den Zuschuß nach Alter, Familienstand und Einkommen zu staffeln.

(4) Soweit die Bundesanstalt für Arbeit die Prämien gemäß § 166 c des Arbeitsförderungsgesetzes trägt, ruht der Anspruch auf Zuschuß für die Dauer der Übernahme der Prämien durch die Bundesanstalt für Arbeit.

### § 11

### Einkommensgrenzen

(1) Die Einkommensgrenze beträgt 19.000 DM und bei Ehegatten 26.600 DM. Sie erhöht sich für jedes Kind im Sinne des Absatzes 4 um 9.200 DM. Wird ein Kind nach Absatz 4 einem Elternteil zugeordnet und kommt der andere Elternteil seiner Unterhaltsverpflichtung gegenüber dem Kind nach, so erhöht sich die Einkommensgrenze bei jedem Elternteil um 4.600 DM.

(2) Maßgebend für das Jahreseinkommen und die Erfüllung der Unterhaltsverpflichtung nach Absatz 1 Satz 2 ist das Kalenderjahr, das dem der zuschußfähigen Prämienaufwendungen vorangeht. Für die Feststellung des maßgebenden Jahreseinkommens gilt im übrigen § 11 Absatz 1 und 2 des Bundeskindergeldgesetzes entsprechend.

(3) Ehegatten im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die während des ganzen Kalenderjahres nach Absatz 2 verheiratet waren und nicht dauernd getrennt gelebt haben und beide mindestens während eines Teils des Versicherungsjahres unbeschränkt einkommensteuerpflichtig sind.

(4) Kinder im Sinne dieses Gesetzes sind:

1. Kinder, die im ersten Grad mit dem Zuschußberechtigten oder seinem Ehegatten verwandt sind;

2. Pflegekinder; das sind Personen, mit denen der Zuschußberechtigte oder sein Ehegatte durch ein familienähnliches, auf längere Dauer berechnetes Band verbunden ist und die er in seinen Haushalt aufgenommen hat. Voraussetzung ist, daß das Obhuts- und Pflegeverhältnis zu den Eltern nicht mehr besteht und der Zuschußberechtigte oder sein Ehegatte das Kind mindestens zu einem nicht unwesentlichen Teil auf seine Kosten unterhält.

Für Kinder, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, gilt § 2 Absatz 2 und 3 des Bundeskindergeldgesetzes entsprechend. Ein Kind eines unbeschränkt einkommensteuerpflichtigen Elternpaares, bei dem die Voraussetzungen des § 26 Absatz 1 Satz 1 des Einkommensteuergesetzes nicht vorliegen, ist dem Elternteil zuzuordnen, in dessen Wohnung es erstmals im Kalenderjahr nach Absatz 2 mit Hauptwohnung gemeldet war. War das Kind nicht in einer Wohnung des Elternteils oder war es in einer gemeinsamen Wohnung der Eltern mit Hauptwohnung gemeldet, so ist es der Mutter zuzuordnen; es wird statt der Mutter dem Vater zugeordnet, wenn dieser durch eine Bescheinigung der zuständigen Behörde nachweist, daß das Kind zu seinem Haushalt gehört hat.

## VIERTER ABSCHNITT

## Ausgleichsfonds

### § 12

### Aufgaben des Ausgleichsfonds

Der Ausgleichsfonds nimmt folgende Aufgaben wahr:

1. die ersatzweise Versicherung der Vorsorgepflichtigen nach § 4 Absatz 1 Satz 2,

2. die Durchführung der Prämienentlastung nach dem Dritten Abschnitt dieses Gesetzes einschließlich des Datenabgleichs.

### § 13

### Rechtsform

(1) Zur Wahrnehmung der Aufgaben des Ausgleichsfonds wird eine rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts errichtet, die mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes als entstanden gilt. Organe der Anstalt sind der Vorstand und der Verwaltungsrat. Die Anstalt untersteht der Aufsicht des Bundesministers für Finanzen. Das Nähere über die Anstalt bestimmt die Satzung, die von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erlassen wird.

(2) Der Ausgleichsfonds ist von der Körperschaftsteuer, der Gewerbesteuer und der Vermögensteuer befreit.

(3) Die Bundesregierung wird ermächtigt, mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung die Aufgabe des Ausgleichsfonds nach § 12 Nr. 1 einer bestehenden juristischen Person zuzuweisen, wenn diese zur Übernahme der Aufgabe bereit ist und hinreichende Gewähr für die Erfüllung dieser Aufgabe bietet. Durch die Rechtsverordnung kann dem Bundesminister für Finanzen die Genehmigung der Satzung dieser juristischen Person vorbehalten und die Aufsicht über die juristische Person geregelt werden.

### § 14

### Mittelaufbringung und Kostenerstattung

(1) Die Mittel für die Aufgabe nach § 12 Nr. 1 einschließlich der damit verbundenen Verwaltungskosten sind, soweit sie nicht durch Prämien erwirtschaftet werden, von den zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten Versicherungsunternehmen aufzubringen.

(2) Die Kosten, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Durchführung der Prämienentlastung nach dem Dritten Abschnitt dieses Gesetzes entstehen, trägt der Bund.

(3) Die Bundesregierung wird ermächtigt, mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung Vorschriften zu erlassen über

1. Ausgestaltung, Umfang und das Verfahren der Mittelaufbringung nach Absatz 1,

2. den Umfang der Kostenregelung nach Absatz 2.

## FÜNFTER ABSCHNITT

## Durchführungs- und Strafvorschriften

### § 15

### Übermittlung von Meldedaten

Die Meldebehörden sind verpflichtet, der zuständigen Behörde zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Gesetz folgende Daten der in ihrem Zuständigkeitsbereich wohnenden Personen, die demnächst das vorsorgepflichtige Alter vollenden oder bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bereits vollendet haben oder nach Inkrafttreten dieses Gesetzes ihren Wohnsitz beziehungsweise gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzes nehmen und das 45., jedoch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben, zu übermitteln:

1. Name,
2. Geburtsdatum,
3. Anschrift,
4. Tag des Ein- und Auszugs.

### § 16

### Ermächtigung

Die Bundesregierung wird ermächtigt, zur Durchführung des Ersten bis Vierten Abschnittes dieses Gesetzes mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung Vorschriften zu erlassen über

1. die Form und das Verfahren des Nachweises nach § 1 Absatz 1 und der Mitteilungspflicht nach § 5 bei der zuständigen Behörde;

2. das Zuschußverfahren bei der Prämienentlastung einschließlich der Regelungen über das Verfahren zur Ermittlung des maßgeblichen Jahreseinkommens, die Auszahlung des Zuschusses und einer Rückforderung bei zu unrecht erfolgten Zuschußzahlungen;

3. den Zeitpunkt und den Umfang der von der Steuerverwaltung der nach dem Vierten Abschnitt zuständigen Einrichtung zum Zwecke der Durchführung des Zuschußverfahrens zu übermittelnden Daten;

4. die Erleichterung und Vereinfachung der Verfahren nach dem Ersten und Dritten Abschnitt durch die automatisierte Datenverarbeitung. Hierzu kann bestimmt werden, daß für das Verfahren erforderliche Daten ganz oder teilweise auf maschinell verwertbaren Datenträgern oder durch Datenfernübertragung übermittelt werden können; dabei können insbesondere geregelt werden:

   a) die Voraussetzungen für die Anwendung des Verfahrens;

   b) das Nähere über Form, Inhalt, Verarbeitung und Sicherung der zu übermittelnden Daten;

   c) die Art und Weise der Übermittlung der Daten, wobei auf Veröffentlichungen sachverständiger Stellen verwiesen werden kann; hierbei sind das Datum der Veröffentlichung, die Bezugsquelle und eine Stelle zu bezeichnen, bei der die Veröffentlichung archivmäßig gesichert niedergelegt ist;

   d) die Zuständigkeit für die Entgegennahme der zu zu übermittelnden Daten;

   e) die Haftung von Dritten für Vorteile die aufgrund unrichtiger Verarbeitung oder Übermittlung der Daten verkürzt oder erlangt werden;

   f) der Umfang und die Form der für das Zuschußverfahren erforderlichen Erklärungspflichten des Zuschußberechtigten.

### § 17

### Zuständigkeit

Zuständige Behörde im Sinne dieses Gesetzes ist der nach Landesrecht zuständige Träger der Sozialhilfe.

### § 18

### Ordnungswidrigkeiten

1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen der Vorsorgepflicht des § 1 Absatz 1 eine ausreichende Vorsorge nicht nachweist.

(2) Die Ordnungswidrigkeit nach Absatz 1 kann mit einer Geldbuße bis zu 10.000 DM geahndet werden.

## SECHSTER ABSCHNITT

## Übergangs- und Schlußvorschriften

### § 19

### Übergangsregelung

(1) Von der Vorsorgepflicht ist befreit, wer bei Inkrafttreten des Gesetzes das 65. Lebensjahr vollendet hat oder nach Vollendung des 65. Lebensjahres seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzes nimmt.

(2) Für Vorsorgepflichtige, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes das 45., aber noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben oder Personen, die nach Vollendung des 45. Lebensjahres im Sinne von § 1 Absatz 1 vorsorgepflichtig werden, ist auf deren Antrag die Mindestsicherung des § 1 Absatz 2 herabzusetzen. Die Herabsetzung darf höchstens 50 v. H. betragen, jedoch den Umfang des Versicherungsschutzes nicht unterschreiten; den der Versicherungspflichtige erhielte, wenn er Prämien derselben Tarifklasse entrichten würde wie ein 45jähriger.

## Anlage zu § 1 Abs. 2 Pflegevorsorgegesetz

## Leistungen nach Pflegestufen

Als Mindestsicherung ist im Pflegefall eine Geldleistung unter folgenden Voraussetzungen und Maßgaben zu erbringen:

1. **Feststellung des Pflegefalls**

   Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn eine Person so hilflos ist, daß sie nach objektivem medizinischem Befund auf Dauer für die Verrichtungen des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Als Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens gelten

   - Aufstehen und Zubettgehen,
   - An- und Auskleiden,
   - Waschen, Kämmen und Rasieren,
   - Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken,
   - Stuhlgang und
   - Wasserlassen.

2. **Einstufung**

   **Pflegestufe 1 (Schwerpflegebedürftigkeit):**

   Der Versicherte bedarf bei vier der genannten Verrichtungen der Hilfe. Wer wegen seelischer oder geistiger Behinderung ständig auf Aufsicht und Bereitschaft von Pflegepersonal angewiesen ist, ist dieser Pflegestufe zuzuordnen, soweit nicht eine höhere Pflegestufe vorliegt.

   **Pflegestufe 2**
   **(gesteigerte Schwerpflegebedürftigkeit):**

   Der Versicherte bedarf bei fünf der genannten Verrichtungen der Hilfe.

   **Pflegestufe 3 (Schwerstpflegebedürftigkeit):**

   Der Versicherte bedarf bei sechs der genannten Verrichtungen der Hilfe.

3. **Staffelung der Geldleistung:**

   Die Geldleistungen müssen sich wie folgt staffeln:

   **Pflegestufe 1:**

   50 v.H. der gesetzlichen Mindestsicherung bei Schwerstpflegebedürftigkeit.

   **Pflegestufe 2:**

   75 v.H. der gesetzlichen Mindestsicherung bei Schwerstpflegebedürftigkeit.

   **Pflegestufe 3:**

   100 v.H. der gesetzlichen Mindestsicherung bei Schwerstpflegebedürftigkeit.

## Artikel 2

## Änderung des Sozialgesetzbuches

1. Das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) zuletzt geändert durch ... wird wie folgt geändert:

   a) § 53 wird wie folgt geändert:

      aa) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

      "Versicherte, bei denen entsprechend der Anlage zu § 1 Absatz 2 PflegeVG mindestens Schwerpflegebedürftigkeit vorliegt, erhalten häusliche Pflegehilfe. Bei stationärer Versorgung wird die Pflegehilfe als laufende Geldleistung gewährt. Leistungen nach § 55 und § 57 a erhalten die Versicherten, die bei Inkrafttreten des Pflegevorsorgegesetzes (1. Januar 1993) 65 Jahre und älter sind."

      bb) In Absatz 2 werden nach den Worten "Absatz 1" die Worte "Satz 1" eingefügt.

      cc) Die Absätze 3 und 4 werden gestrichen.

   b) In § 54 Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Wort "Pflegehilfe" das Wort "häuslich" gestrichen.

   c) Bei § 57 wird die Überschrift wie folgt gefaßt:

      "Geldleistung bei häuslicher Pflege"

   d) Nach § 57 wird folgender § 57 a eingefügt:

      "§ 57 a

      Geldleistung bei stationärer Versorgung

      Die Geldleistung nach § 53 Satz 2 beträgt bei Schwer- und Schwerstpflegebedürftigkeit monatlich bis zu 750 Deutsche Mark. Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit, der Pflegestufen und die Staffelung der Geldleistung gilt die Anlage zu § 1 Absatz 2 PflegeVG entsprechend."

2. Das Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (X) Verwaltungsverfahren ..., vom 18. August 1980 (BGBl. I S. 1469) zuletzt geändert durch ... wird wie folgt geändert:

   In § 71 Absatz 2 wird nach Nummer 4 folgende Nummer 5 eingefügt:

   "5. zur Wahrnehmung der Aufgaben des Ausgleichsfonds nach § 12 des Pflegevorsorgegesetzes"

## Artikel 3

## Änderung des Bundessozialhilfegesetzes

Das Bundessozialhilfegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 20.1.1987 (BGBl. S. 401 ber. S. 494) zuletzt geändert durch .... wird wie folgt geändert:

§ 13 wird wie folgt geändert:

1. In der Überschrift werden nach dem Wort "Krankenversicherungsbeiträge" die Worte "und Pflegeversicherungsbeiträge" angefügt.

2. Nach Absatz 2 wird folgender neuer Absatz 3 angefügt:

   "(3) Für Vorsorgepflichtige nach dem Pflegevorsorgegesetz sind die Prämien für eine Mindestversicherung nach § 1 Absatz 2 PflegeVG zu übernehmen, soweit sie angemessen sind. Bei Personen, die noch nicht vorsorgepflichtig nach dem Pflegevorsorgegesetz sind, die jedoch eine Pflegeversicherung abgeschlossen haben, die die Anforderung des § 1 Absatz 2 PflegeVG erfüllt, können die Prämien übernommen werden, soweit sie erforderlich sind, um den Mindestsicherungsanspruch im Sinne des Pflegevorsorgegesetzes aufrecht zu erhalten oder zu erfüllen. Bei Vorsorgepflichtigen, bei denen nach § 19 Absatz 2 PflegeVG die Mindestsicherung nach § 1 Absatz 2 PflegeVG herabgesetzt werden kann, sind die Prämien in der Höhe zu übernehmen, die ein Vorsorgepflichtiger nach Herabsetzung des Versicherungsschutzes auf die Grenze des § 19 Absatz 2 Satz 2 Pflege VG zu entrichten hätte. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend."

## Artikel 4

## Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes

Das Arbeitsförderungsgesetz vom 25. Juni 1969 (BGBl. I S. 582 ) zuletzt geändert durch . . . wird wie folgt geändert:

1. Nach § 166 b wird folgender Vierter Unterabschnitt eingefügt:

   "Vierter Unterabschnitt

   Vorsorgepflicht der Leistungsempfänger

   § 166 c

   Übernahme der Prämien bei Vorsorgepflicht

   Die Bundesanstalt trägt für Vorsorgepflichtige nach dem Pflegevorsorgegesetz, die Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld bezlehen, wenn diese Leistungen die Einkommensgrenzen des § 11 PflegeVG nicht überschreiten, die Prämien für die Mindestsicherung nach § 1 Absatz 2 PflegeVG, soweit sie angemessen sind. Bei Vorsorgepflichtigen, bei denen nach § 19 Absatz 2 PflegeVG die Mindestsicherung nach § 1 Absatz 2 PflegeVG herabgesetzt werden kann, sind die Prämien in der Höhe zu übernehmen, die ein Vorsorgepflichtiger nach Herabsetzung des Versicherungsschutzes auf die Grenze des § 19 Absatz 2 Satz 2 PflegeVG zu entrichten hätte. Das Nähere regelt die Bundesanstalt durch Anordnung. "

2. In § 188 wird nach Absatz 1 folgender neuer Absatz 2 angefügt:

   "(2) Die Kosten der Leistungen nach § 166 c einschließlich der damit verbundenen Verwaltungskosten werden der Bundesanstalt vom Bund ersetzt. "

## Artikel 5
## Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag

Das Gesetz über den Versicherungsvertrag in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 7632-1 veröffentlichten, bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch ... wird wie folgt geändert:

1. Nach § 185 wird folgender neuer Fünfter Abschnitt eingefügt:

"Fünfter Abschnitt. Pflegeversicherung

§ 186

Für die Pflegeversicherung nach dem Pflegevorsorgegesetz gelten die besonderen Vorschriften der §§ 187 bis 188.

§ 187

Die Vorschriften des Ersten Abschnitts finden für die Pflegeversicherung nach § 1 Absatz 2 PflegeVG nach Maßgabe des § 2 PflegeVG Anwendung.

§ 186

Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflichten, die ihm nach dem Versicherungsvertrag und den Vorschriften des ersten Abschnitts, 2. Titel (§§ 16 ff) im Zusammenhang mit seinem Gesundheitszustand obliegen, stehen dem Versicherer Rücktritts-, Kündigungs- und Leistungsverweigerungsrechte nur in Ansehung des Teils zu, um den die Versicherungsleistung die Mindestsicherung des § 1 Absatz 2 PflegeVG übersteigt."

2. Der bisherige Fünfte Abschnitt wird der Sechste Abschnitt; die bisherigen §§ 186 bis 194 werden die §§ 189 bis 197.

## Artikel 6
## Änderung des Einkommensteuergesetzes

Das Einkommensteuergesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. Februar 1987 (BGBl. I S. 657) zuletzt geändert durch .... wird wie folgt geändert:

1. § 3 Nummer 1 Buchst. a) wird wie folgt gefaßt:

"a) Leistungen aus einer Krankenversicherung, Pflegeversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung."

2. In § 10 Absatz 1 Nummer 2a) wird nach dem Wort "Kranken-," das Wort "Pflege-" eingefügt.

## Artikel 7
## Berlin-Klausel

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

## Artikel 8
## Inkrafttreten

Die Vorschriften dieses Gesetzes treten am 1. Januar 1993 in Kraft.

**Begründung**

## A. Allgemeiner Teil

I

1. Aufgrund der demographischen Entwicklung und damit verbundener gesellschaftlicher Veränderungen tritt seit ca. 15 Jahren das Problem der **Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit** immer stärker in den Blickpunkt von Öffentlichkeit und Sozialpolitik.

   Vor allem mit steigendem Lebensalter wächst das Risiko, durch Krankheit, Gebrechlichkeit oder Unfall so behindert zu sein, daß man für die Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer der Hilfe anderer Personen bedarf.

   Bereits heute ist jeder 6. Mensch, der älter als 65 Jahre ist, in diesem Sinne pflegebedürtig. Auf die gesamte Bevölkerung bezogen sind es derzeit etwa 3 % der Bevölkerung, die von diesem Schicksal betroffen sind.

   Der Altersaufbau der deutschen Bevölkerung läßt erkennen, daß die Zahl der alten Menschen zunehmen wird. Auch wird sich zahlenmäßig das Verhältnis zwischen alten und jungen Menschen deutlich verschlechtern. Es ist davon auszugehen, daß die Fortschritte der Medizin zu einer Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung führen werden und daß damit auch die Zahl zu versorgender alter, insbesondere hochbetagter Menschen, stark zunehmen wird.

   Es steht daher zu erwarten, daß sich die Zahl und der Anteil alter und pflegebedürftiger Menschen schon in den nächsten Jahren stark und auf Dauer erhöhen werden. Gleichzeitig sinkt die Fähigkeit zu familiären Hilfen: Zum einen führt die erheblich größere Lebenserwartung der Frauen dazu, daß in hohem Alter die Mehrzahl der Frauen (wieder) alleinstehend ist, zum anderen wächst die Instabilität der Familien, wie die hohe Scheidungsrate und die Zunahme der nichtehelichen Lebensgemeinschaften zeigt. Auch schränkt die räumliche Mobilität und die wachsende Erwerbstätigkeit der Frau die Möglichkeit zur Pflege im Familienverbund ein.

   Die heutige Versorgungsstruktur, bei der noch mehr als 80 vom Hundert aller Pflegefälle im häuslichen Bereich versorgt werden, wird sich voraussichtlich zukünftig so nicht aufrechterhalten lassen.

   Diese Entwicklung stellt unsere Gesellschaft daher vor ein dreifaches Problem:

   **Erstens** müssen die Menschen gewonnen werden, die heute und in Zukunft die Aufgaben der Pflege wahrzunehmen bereit und in der Lage sind.

   **Zweitens** müssen die Versorgungsangebote ausgebaut und untereinander vernetzt werden, damit die alten Menschen gut versorgt, die Familien zur Pflege ermutigt, ohne dabei überlastet zu werden und teuere Einrichtungen nicht über die Maße in Anspruch genommen werden.

   **Drittens** müssen die finanziellen Folgen der Pflegebedürftigkeit für den einzelnen alten Menschen und seine Angehörigen abschätzbar und tragfähig gemacht werden, aber auch für den Sozialstaat die langfristige Handlungsfähigkeit erhalten werden.

   Zu den ersten beiden Problemen sind Initiativen der Sozial-, Alten- und Gesundheitspolitik von Bund, Ländern, Gemeinden und Verbänden wie auch den Tarifpartnern erforderlich.

2. Demgegenüber gehört die **finanzielle Vorsorge für das Pflegerisiko im Alter** nach den Prinzipien unserer Gesellschaftsordnung grundsätzlich in den Bereich der **Eigenverantwortung des einzelnen**. Nur dort, wo der einzelne bzw. seine Angehörigen über keine ausreichenden Eigenmittel verfügen, um die finanziellen Lasten der Pflegebedürftigkeit zu tragen, gewährt die staatliche Gemeinschaft nach dem Subsidiaritätsprinzip des Bundessozialhilfegesetzes die erforderliche Unterstützung.

   Aufgrund der genannten Entwicklungen ist diese ordnungspolitische Balance von Eigenvorsorge und staatlicher Fürsorge zunehmend gefährdet. Immer mehr Pflegebedürftige werden zu Sozialhilfeempfängern, vor allem, wenn sie einer Pflege im Heim bedürfen. Die Mehrzahl der Heimbewohner ist bereits heute auf (ergänzende) Sozialhilfe angewiesen.

3. Insbesondere wegen der seit Jahren dramatisch ansteigenden Belastung des Sozialhilfesystems wird zunehmend die umfassende Absicherung auch des Pflegefallrisikos neben den anderen Lebensrisiken Krankheit, Invalidität, Alter und Arbeitslosigkeit im Rahmen der bestehenden Sozialversicherung oder über ein besonderes Pflegeleistungsgesetz des Bundes gefordert.

   Diese Lösungsvorschläge bieten indessen nur Scheinlösungen an. Sie führen insbesondere zu keiner bzw. nur zu einer unzureichenden Eigenvorsorge. Denn sie setzen im Kern darauf, daß künftige Generationen über die traditionellen Umlageverfahren die finanzielle Absicherung auch des Risikos der Pflegebedürftigkeit sicherstellen werden. Dieser Lösungsweg ist nicht nur ordnungspolitisch verfehlt, er dürfte langfristig zugleich zu einer Überlastung des Sozialstaates führen.

4. Für eine vorausschauende Gesellschafts- und Sozialpolitik kann der richtige Lösungsweg bei der finanziellen Absicherung des Pflegerisikos nur darin bestehen, das Prinzip der Eigenverantwortung des einzelnen durch finanzielle Eigenvorsorge für das Pflegerisiko im Alter zu stärken und damit gleichzeitig einen Beitrag zur langfristigen Funktionsfähigkeit unseres Sozialstaates zu leisten. Die Sicherung und Stärkung der finanziellen Eigenvorsorge für die Zukunft wird nach einer gewissen

Übergangszeit zu einer deutlichen Entlastung der öffentlichen Haushalte, insbesondere der Sozialhilfeträger im Bereich der finanziellen Absicherung des Pflegerisikos führen.

5. Zur Erreichung dieser Ziele ist die Einführung einer Vorsorgepflicht für eine Mindestvorsorge gegen das finanzielle Pflegerisiko insbesondere im Alter erforderlich. Nur so kann sichergestellt werden, daß der einzelne eine qualifizierte, d.h. zukunftssichere Eigenvorsorge betreibt. Dies folgt vor allem daraus, daß bereits heute in der Regel die durchschnittlichen Einkommen und Vermögen der einzelnen privaten Haushalte nicht ausreichen, um im Pflegefall die finanzielle Absicherung zu gewährleisten. Gleichzeitig fehlt bislang die Bereitschaft, auf freiwilliger Basis eine qualifizierte, zukunftssichere Eigenvorsorge für den Pflegefall vorzunehmen.

   Im Hinblick auf die verfassungsrechtlich gebotene Beschränkung der Vorsorgepflicht auf das unbedingt erforderliche Maß der Absicherung wird die gesetzlich vorgeschriebene Mindestsicherung sowohl hinsichtlich der abzudeckenden Pflegerisiken als auch der für den Pflegefall vorzusehenden Geldleistungen eng begrenzt.

   Die gesetzliche Vorsorgepflicht bedeutet zugleich eine Konkretisierung der in der sozialen Verantwortung des einzelnen wurzelnden Pflicht zur Eigenvorsorge. Die gesetzliche Pflicht zur Eigenvorsorge für die finanziellen Folgen der Pflegebedürftigkeit tritt jedoch im Rahmen unserer freiheitlichen Grundordnung und im Hinblick auf das vorrangige gesetzgeberische Ziel der finanziellen Absicherung des Risikos der Alterspflegebedürftigkeit erst mit Vollendung des 45. Lebensjahres ein.

6. Die Vorsorgepflicht führt für die betroffenen Bürger, sofern sie über keine andere qualifizierte Absicherung gegen das finanzielle Pflegerisiko im Alter verfügen, in der Regel zu einem Versicherungszwang. Im Hinblick auf die gesetzgeberischen Ziele der Zukunftsfestigkeit insbesondere hinsichtlich der eigentumsrechtlich geschützten Anwartschaft, der Transparenz (Risikoäquivalenz), eines größtmöglichen Wettbewerbs der Versicherer sowie der Ausrichtung am Geldleistungsprinzip, erscheint eine privatrechtlich organisierte Pflichtversicherung mit Kontrahierungszwang für die vorgeschriebene Mindestsicherung als die am besten geeignete Organisationsform. Eine öffentlich-rechtlich organisierte Pflichtversicherung, insbesondere im Rahmen der bestehenden traditionellen Sozialversicherungssysteme, kann den genannten Zielen nicht im gleichen Umfang Rechnung tragen.

7. Der Gesetzentwurf schreibt den Versicherern bei der Mindstabsicherung geschlechts- und gesundheitsunabhängige Tarife vor. Damit findet ein sozialer Ausgleich (Umverteilung) zwischen den Vorsorgepflichtigen statt, von dem Frauen sowie in ihrer Gesundheit beeinträchtigte Menschen im Rahmen der Mindestvorsorge begünstigt werden. Es ist ein in unserer Verfassungsrechtsordnung anerkannter Grundsatz, daß der Gesetzgeber einen (sozialstaatlich begründeten) Ausgleich von Nachteilen, die einzelne Personengruppen betreffen, anordnen kann.

   Wegen ihrer höheren Lebenserwartung haben Frauen das größere Risiko der Alterspflegebedürftigkeit. Dementsprechend sind ihre risikoäquivalent kalkulierten Versicherungsprämien höher. Da Frauen aber in der Regel in Familie und Ehe zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit beitragen und Pflegeleistungen erbringen, bilden Mann und Frau eine Versorgungs- und Risikogemeinschaft. Frauen sind darüber hinaus auf absehbare Zeit in der Regel wirtschaftlich schlechter gestellt. Diesen Tatsachen trägt der vorgesehene Solidartarif Rechnung.

   Auch Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, insbesondere Behinderte, wären ohne die Einführung einer solidarischen Absicherung in der Regel nicht in der Lage, ihrer Vorsorgepflicht ausreichend nachzukommen. Auch insoweit folgt die solidarische Absicherung aus dem Sozialstaatsprinzip und rechtfertigt die (rechtliche) Begünstigung gegenüber gesunden Personen.

   Des weiteren wird der unterschiedlichen individuellen Leistungsfähigkeit der Vorsorgepflichtigen durch eine steuerfinanzierte soziale Entlastungsregelung, gestaffelt nach Alter, Einkommen und Familiensituation, Rechnung getragen.

8. Für Vorsorgepflichtige, die arbeitslos werden bzw. auf Sozialhilfe angewiesen sind und deren finanzielle Vorsorgefähigkeit daher eingeschränkt ist, werden die Prämien für die Zeit der Arbeitslosigkeit bzw. des Sozialhilfebezugs von der Bundesanstalt für Arbeit bzw. dem jeweiligen Sozialhilfeträger getragen. Auch dies dient dem Schutz des einzelnen vor finanzieller Überforderung.

9. Für die bereits heute Pflegebedürftigen, insbesondere ältere Menschen, strebt der Gesetzentwurf eine Verbesserung der finanziellen Absicherung des Pflegerisikos durch eine Neufassung der Vorschriften zur Pflegehilfe im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung an. Die Regelung ist so getroffen, daß sie zunehmend durch die Eigenvorsorge nach dem Pflegevorsorgegesetz abgelöst wird.

II

1. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes folgt aus Art. 72 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 74 Nr. 7 und Nr. 11 Grundgesetz sowie - hinsichtlich der Regelungen zur Pflegehilfe im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung - auch aus Art. 74 Nr. 12 Grundgesetz.

   Nach gesicherter Verfassungsrechtsprechung kann der Gesetzgeber im Bereich der öffentlichen Fürsorge Regelungen treffen, die den Betroffenen nicht nur Leistungen gewähren, sondern ihnen auch Pflichten auferlegen. Solche Pflichten sind im Gesetzentwurf insbesondere die Vorsorgepflicht und die daraus regelmäßig folgende Versicherungspflicht. Zur öffentlichen Fürsorge gehören auch die Regelungen über die soziale Prämienentlastung.

   Der organisatorischen Verwirklichung der Vorsorge- und Versicherungspflicht dienen die Regelungen zur Ausgestaltung der privatrechtlichen Pflichtversicherung (Art. 1, §§ 2 ff). Hierbei handelt es sich um Regelungen aus dem Bereich des privaten Wirtschaftsrechts.

Eine bundesgesetzliche Regelung ist zur Wahrung der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse im Bundesgebiet erforderlich.

2. Der Gesetzentwurf enthält mehrere organisatorische Regelungen, die die Verwaltungszuständigkeit der Länder betreffen (z. B. ersatzweise Versicherung, Melde- und Mitteilungspflichten). Es handelt sich deshalb um ein zustimmungsbedürftiges Gesetz (Art . 84 Abs. 1 GG).

## B. Besonderer Teil

**Zu Artikel 1** - Gesetz zur Vorsorge gegen das finanzielle Pflegerisiko

Das Pflegevorsorgegesetz bezweckt die Sicherstellung einer Mindestvorsorge für die finanziellen Folgen der Pflegebedürftigkeit vor allem im Alter. Hierzu wird eine gesetzliche Vorsorgepflicht eingeführt, die auf das unbedingt erforderliche Mindestmaß hinsichtlich des Eintrittsalters, der abzudeckenden Pflegerisiken und Kosten beschränkt ist. Ziel des Pflegevorsorgegesetzes ist es, durch die Mindestsicherung die Betroffenen bereits bei durchschnittlichen Alterseinkünften auch bei stationärer Versorgung im Falle der Schwer- und Schwerstpflegebedürftigkeit weitgehend von der Sozialhilfe unabhängig zu machen.

Im einzelnen enthält das Pflegevorsorgegesetz insbesondere folgende Regelungen:

Erster Abschnitt: Vorsorge für den Pflegefall
Vorsorgepflicht, solidarische Absicherung, Kontrahierungszwang und ersatzweise Versicherung.

Zweiter Abschnitt: Versicherung
Mitteilungspflicht, Versicherungsbedingungen und Tarife sowie die Ermächtigung zum Erlaß einer Rechtsverordnung, die den Schutz der Versicherungsnehmer beinhaltet.

Dritter Abschnitt: Prämienentlastung
Prämienzuschuß und Einkommensgrenzen.

Vierter Abschnitt: Ausgleichsfonds
Aufgaben des Ausgleichsfonds, seine Rechtsform sowie die Mittelaufbringung und Kostenerstattuung.

Fünfter Abschnitt: Durchführungs- und Strafvorschriften
Übermittlung von Meldedaten, Ermächtigung zum Erlaß von Rechtsverordnungen über Einzelheiten der Verfahren, behördliche Zuständigkeit und Ordnungswidrigkeiten.

Sechster Abschnitt: Übergangs- und Schlußvorschriften

**Zum Ersten Abschnitt** (§§ 1 - 4 PflegeVG)

**Zu § 1 PflegeVG** - Vorsorgepflicht

Durch § 1 wird eine Vorsorgepflicht mit Vollendung des 45. Lebensjahres als zusätzliches Element der öffentlichen Daseinsvorsorge eingeführt. Vorsorgepflichtig ist grundsätzlich die gesamte Bevölkerung.

Für die Altersgrenze von 45 Jahren bei der Vorsorgepflicht ist vor allem ausschlaggebend, daß das Pflegefallrisiko in aller Regel erst in einem höheren Lebensalter eintritt, daß im Alter von 45 Jahren im allgemeinen die Phase der eigenen Familiengründung abgeschlossen ist und damit die Belastungen der Vorsorgepflicht zumutbar werden sowie daß eine Mindestsicherung für den Pflegefall bei höherem Lebensalter als 45 Jahre zu finanziell unzumutbaren Vorsorgebelastungen führen kann. Insoweit stellt die Altersgrenze des § 1 PflegeVG für einen vernünftig handelnden Vorsorgepflichtigen den spätesten Zeitpunkt der Pflegefallabsicherung dar. Anzustreben ist jedoch die Pflegefallabsicherung bereits in jüngeren Jahren. Im Hinblick auf eine möglichst weitgehende Selbstbestimmung und Freiwilligkeit der Eigenvorsorge setzt der Zwang zur Vorsorge jedoch zum spätestmöglichen Zeitpunkt ein.

Satz 2 stellt klar, daß die einmal entstandene Vorsorgepflicht auch während der Zeit einer Schwerpflegebedürftigkeit nach Absatz 2 bestehen bleibt. Damit soll den Möglichkeiten einer Rehabilitation - insbesondere im Alter - Rechnung getragen werden. Zugleich ist damit sichergestellt, daß bei Abschluß einer Krankenpflegeversicherung nach Satz 4 die Beitragspflicht während eines Leistungsbezuges weiterbesteht.

Nicht vorsorgepflichtig sind nach Satz 3 die Personen, die bei Inkrafttreten des Gesetzes 45 Jahre und älter sind und bei denen die Schwerpflegebedürftigkeit i. S. von Absatz 2 bereits vorliegt. Dies gilt ebenso künftig für die Personen, bei denen zum Zeitpunkt der Vollendung des 45. Lebensjahres Schwerpflegebedürftigkeit besteht. Um diese Personengruppen nicht endgültig aus der Vorsorgeabsicherung auszuschließen, sieht die gesetzliche Regelung vor, sie bei einem späteren Wegfall dieser Pflegebedürftigkeit in die Vorsorgepflicht mit einzubeziehen. Um auch in diesen Fällen die finanziellen Belastungen in einem im Einzelfall zumutbaren Rahmen zu halten, sieht § 19 Abs. 2 eine altersgemäße Herabsetzungsmöglichkeit bei der Mindestabsicherung vor.

Auch Personen, die sich voraussichtlich nur vorübergehend im Geltungsbereich des Gesetzes aufhalten, werden von der Vorsorgepflicht nicht erfaßt. In Betracht zu ziehen sind hier insbesondere Ausländer, wie etwa Asylbewerber, deren Antrag auf Anerkennung als politisch Verfolgte abgelehnt wurde bzw. als offensichtlich unbegründet angesehen wird sowie sonstige Personen, bei denen gesicherte Anhaltspunkte für einen nur vorübergehenden Aufenthalt vorliegen. Die Regelung des Absatz 1 entspricht insoweit der Vorschrift des § 30 Absatz 1 SGB I .

Satz 4 stellt klar, daß die Vorsorgepflicht in aller Regel nur durch den Abschluß einer Pflegekrankenversicherung oder Pflegerentenversicherung nach Absatz 2 und 3 erfüllt werden kann. Dem Vorsorgepflichtigen ist damit die Möglichkeit eröffnet, zwischen den Angeboten der Krankenversicherungen und der Lebensversicherungen frei zu wählen. Soweit sich nach Inkrafttreten dieses Gesetzes andere versicherungsrechtliche Absicherungsmöglichkeiten ergeben, müssen diese aufgrund von Satz 4 den Anforderungen des Absatzes 2 und der übrigen Vorschriften des Pflegevorsorgegesetzes entsprechen.

Bei den anderen Absicherungen nach Absatz 1 Satz 5 muß gewährleistet sein, daß diese das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit in gleicher Weise abdecken können wie eine Pflegeversicherung. Dies ist nur dann der Fall, wenn der Vorsorgepflichtige nachweist, daß ihm auch ohne Pflegeversicherung im Pflegefall ausreichend hohe laufende und gesicherte Leistungen zustehen, die im Regelfall den Bezug von Sozialhilfe entbehrlich machen. Für einen 45jährigen

Vorsorgepflichtigen bedeutet dies z . B., daß die anderweitige Absicherung nur dann anerkannt werden kann, wenn die Leistungen hieraus sowohl im Zeitpunkt der Antragstellung als auch im hohen Alter die finanzielle Absicherung bei Pflegebedürftigkeit sicherstellen. Die Anerkennung von anderen Absicherungen anstelle einer Pflegeversicherung wird daher nur in Ausnahmefällen möglich sein.

Die Mindestsicherung nach Abs. 2 orientiert sich an den sog. reinen Pflegekosten, das sind die Aufwendungen für Pflegekräfte, Pflegehilfsmittel etc. Diese Pflegekosten betragen derzeit bei Schwerstpflegebedürftigkeit ca. 1. 500 DM monatlich. Darüber hinaus soll die Mindestsicherung auch bei minderen Graden der Pflegebedürftigkeit einen spürbaren Teil der Pflegekosten abdecken.

Die Anlage zu § 1 Abs. 2 enthält daher neben der Definition der Pflegebedürftigkeit im Sinne dieses Gesetzes eine Festlegung von Mindestgeldleistungen, gestaffelt nach drei Pflegestufen.

Die Definition der Pflegebedürftigkeit lehnt sich dabei an Formulierungen des Bundessozialhilfegesetzes und des Bundesversorgungsgesetzes an, insbesondere an die sog. qualifizierte Pflegebedürftigkeit nach § 69 Abs. 3 Satz 3 und Abs. 4 Bundessozialhilfegesetz ( Schwer- und Schwerstpflegebedürftigkeit ) . Nur das Risiko dieser qualifizierten Pflegebedürftigkeit wird damit von der Vorsorgepflicht umfaßt .

Die Mindestsicherung deckt das Risiko der Pflegebedürftigkeit. Pflegekrankenversicherung und Pflegerentenversicherung können über diese Mindestsicherung hinaus weitere spartentypische Risiken absichern.

Da sich die Pflegekosten zukünftig erhöhen werden, ist eine Dynamisierung der Mindestsicherung in Abs . 3 vorgesehen. Hierdurch wird es der Bundesregierung ermöglicht, eine jährliche Anpassung der Mindestsicherung durch Rechtsverordnung vorzunehmen.

Als Maßstab für die Anpassung ist die Entwicklung der wirtschaftlichen Verhältnisse, insbesondere die allgemeine Einkommensentwicklung, zu verwenden. Damit soll auch erreicht werden, daß ein gleichbleibender Anteil des Einkommens für die Eigenvorsorge in Anspruch genommen wird. Die Anpassung soll grundsätzlich im Jahresrythmus vorgenommen werden.

**Zu § 2 PflegeVG** - Solidarische Absicherung

Die in § 1 normierte Vorsorgep flicht ist letztlich Ergebnis der staatlichen Fürsorge für den Pflegefall. Diese Vorsorgepflicht führt in aller Regel durch den Abschluß einer Pflegeversicherung nach § 1 Abs. 2 und 3 zu einer Risikogemeinschaft der Vorsorgepflichtigen. Die Regelung des § 2 führt in diese Risikogemeinschaft zusätzliche Elemente des solidarischen Ausgleichs ein. Durch den nach Abs. 1 vorgesehenen Ausschluß der bei Privatversicherungen im allgemeinen üblichen geschlechtsdifferenzierten Prämien erfolgt zwischen den Geschlechtern aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit ein Risikoausgleich. Dieser Risikoausgleich ist gerechtfertigt, weil Männer und Frauen in Familie und Ehe bei der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und in der Pflege eine Risikogemeinschaft bilden. Erst die längere Lebenserwartung der Frauen, die ihnen als alleinstehend Überlebenden zugleich die Versorgungsgemeinschaft nimmt, führt zu einem höheren Risiko der Pflegebedürftigkeit und damit zu höheren Prämien. Darüber hinaus erfordert die auf absehbare Zeit weiterbestehende wirtschaftliche Benachteiligung der Frauen einen Ausgleich.

Der Ausschluß der geschlechtsdifferenzierten Prämien nach Absatz 1 gilt für jede Pflegeversicherung bis zur Höhe der Mindestsicherung. Dies wird durch § 2 Satz 1 PflegeVG i. V. m. Artikel 5, § 187 Versicherungsvertragsgesetz sichergestellt. Ausgenommen hiervon ist nur der Personenkreis, der nach § 19 Absatz 1 von der Vorsorgepflicht befreit ist. Mit dieser Ausdehnung auf Versicherungsangebote an diejenigen Personen, die jünger als 45 sind, die sich also freiwillig absichern, soll der Gefahr entgegengewirkt werden, daß eine " Risikoselektion" zu Lasten der Vorsorgepflichtigen erfolgt .

Auch der in Absatz 2 enthaltene grundsätzliche Verzicht auf Gesundheitsprüfung bei der Pflegeversicherung stellt einen solidarischen Ausgleich dar. Im Hinblick auf die Bedeutung der Absicherung des finanziellen Pflegerisikos erfordert die öffentliche Fürsorge, daß auch diejenigen Schutz zu tragbaren Bedingungen finden, bei denen das Risiko des Eintrittes einer Pflegebedürftigkeit aufgrund des Gesundheitszustandes, zum Beispiel durch bereits bestehende Behinderungen, höher ist. Allerdings muß in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, daß ein empirisch gesicherter Zusammenhang von Gesundheitszustand und Pflegefallrisiko zum Zeitpunkt des Beginns der Vorsorgepflicht nur für Einzelfälle belegbar sein dürfte. Damit dürfte sich der Verzicht auf Gesundheitsprüfung nur unwesentlich auf die durchschnittlich geforderte Prämie auswirken.

Der grundsätzliche Verzicht auf Gesundheitsprüfung bei der Pflegeversicherung erstreckt sich nur auf den Personenkreis der nach § 1 Absatz 1 Vorsorgepflichtigen. Um allerdings eine Belastung der Solidargemeinschaft der Vorsorgepflichtigen durch eine Zuwanderung von Personen, die in absehbarer Zeit zum Pflegefall werden, zu verhindern, können die Versicherer bei Vorsorgepflichtigen, die weniger als drei Jahre ihren rechtmäßigen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Gesetzes haben, eine Gesundheitsprüfung vornehmen und die Prämien entsprechend staffeln.

**Zu § 3 PflegeVG** - Kontrahierungszwang

§ 3 Abs. 1 stellt den Grundsatz auf, daß eine den Anforderungen des § 1 genügende Pflegeversicherung nur bei einem im Inland zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten Versicherungsunternehmen genommen werden kann. Diese Vorschrift sichert zusammen mit den Regelungen des Zweiten Abschnitts, daß die Pflegeversicherungen dem Mindeststandard des § 1 Abs. 2 genügen und die Pflegefallabsicherung zukünftig jederzeit gewährleistet ist.

Abs. 2 regelt den Kontrahierungszwang. Dieser ist erforderlich, um die Absicherung der Vorsorgepflichtigen sicherzustellen. Er erstreckt sich nur auf die Mindestabsicherung der in § 1 Abs. 1 genannten Personen nach § 1 Abs. 2 und nach Maßgabe des § 2 (solidarische Absicherung ) . Der Kontrahierungszwang gilt sowohl für die Pflegekrankenversicherung als auch für Pflegerentenversicherung. Ein Angebotszwang für die Kranken- und Lebensversicherer ist damit nicht verbunden. Soweit sie aber ein Angebot machen, sind sie verpflichtet, Versicherung zur Mindestabsicherung anzu-

bieten. Bei Pflegeversicherungen, die über das in § 1 Abs. 2 genannte Maß hinaus eine Absicherung im Pflegefall vorsehen, gilt § 3 Abs. 2 nicht für die überschießenden Teile. Pflegeversicherungen, die weniger als die Mindestsicherung bieten, sind nur als Ergänzung zur Mindestsicherung entsprechend der Vorsorgepflicht gestattet.

Abs. 3 regelt abschließend die Gründe, mit denen ein Antrag auf Pflegefallversicherung nach § 1 Abs. 2 abgelehnt werden kann.

Sachliche Gründe im Sinne von Nr. 1 können nur solche Gründe sein, die als zulässige Beschränkungen von der Versicherungsaufsicht genehmigt wurden.

Nr. 2 korrespondiert mit den Vorschriften über die Gestaltungsrechte nach §§ 16 ff. Versicherungsvertragsgesetz. Die ordentliche Kündigung durch den Versicherer ist ausgeschlossen (Mindestsicherung).

**Zu § 4 PflegeVG** - Ersatzweise Versicherung

Satz 1 stellt klar, daß die zuständige Behörde zur Durchsetzung der Vorsorgepflicht nach § 1 Abs. 1 Satz 1 Zwangsmittel nach den jeweiligen landesrechtlichen Bestimmungen anwenden kann. Sie kann daher neben der Verhängung einer Geldbuße nach § 18 den Vorsorgepflichtigen insbesondere auch durch eine Zwangsgeldverhängung zur Erfüllung seiner Verpflichtungen anhalten.

Durch Satz 2 (ersatzweise Versicherung ) werden die landesrechtlichen Möglichkeiten in der Verwaltungsvollstrekkung ergänzt bzw. modifiziert. Dabei kann die Behörde die Durchsetzung der Vorsorgepflicht auch in der Weise erreichen, daß sie unter den in Satz 2 genannten Voraussetzungen zugunsten des Vorsorgepflichtigen bei einem zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten Versicherungsunternehmen oder, wenn dies nicht möglich ist oder mit einem unvertretbaren Verwaltungsaufwand verbunden wäre, beim Ausgleichsfonds eine Pflegeversicherung abschließt. Hierbei erscheint es zweckmäßig, daß die Behörde mit dem Versicherungsunternehmen bzw. dem Ausgleichsfonds einen Vertrag zugunsten Dritter schließt, der dem Vorsorgepflichtigen im Pflegefall die Sicherung nach § 1 Abs. 2 bietet. Es kann davon ausgegangen werden, daß die Behörde diesen Weg nur in wenigen Fällen als letztes Mittel beschreiten wird. Dabei sind dann die Kosten nach dem in der Verwaltungsvollstreckung geltenden Grundsatz der Verhältnismäßigkeit der Mittel so niedrig wie möglich zu halten. Dies bedeutet jedoch nicht, daß stets das niedrigste Angebot zu wählen ist und alle am Markt vorhandenen Angebote ermittelt werden müssen.

Soweit die Behörde von der Möglichkeit der ersatzweisen Versicherung Gebrauch macht, hat sie eine Versicherung bei einem zur Pflegeversicherung befugten Versicherungsunternehmen anzustreben. Daneben besteht jedoch die subsidiäre Möglichkeit der Versicherung im Ausgleichsfonds. Diese Regelung verfolgt vor allem zwei Ziele: Zum einen soll eine Versicherung auch in den voraussichtlich äußerst seltenen Fällen, in denen der Kontrahierungszwang nicht greift, ermöglicht werden. Zum anderen soll durch die subsidiäre Versicherung im Ausgleichsfonds, deren Mittel nach § 14 von allen Versicherungsunternehmen aufzubringen sind, verhindert werden, daß die Versicherung sog. schlechter Risiken in der Praxis zusätzlich erschwert wird. Die Möglichkeit der Versicherung im Ausgleichsfonds trägt damit zur Wettbewerbsgleichheit bei und erspart daneben der zuständigen Behörde unnötige tatsächliche und rechtliche Auseinandersetzungen mit einzelnen Versicherungsunternehmen. Zugleich wird der Verwaltungsaufwand für die Behörde in einem vertretbaren Umfang gehalten.

Absatz 2 enthält Regelungen für die ersatzweise Versicherung im Ausgleichsfonds nach Absatz 1 Satz 2. Da die ersatzweise Versicherung im Ausgleichsfonds in der Regel nur für Personen abgeschlossen wird, die sonst nicht versichert wurden, deren Versicherung aber an sich im Hinblick auf den Kontrahierungszwang Aufgabe der zur Pflegeversicherung befugten Versicherungsunternehmen ist, sind die allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarife für die ersatzweise Versicherung im Benehmen mit den Versicherungsunternehmen aufzustellen.

Absatz 3 gibt der zuständigen Behörde einen öffentlichrechtlichen Anspruch auf Ersatz ihrer Aufwendungen, die im Zusammenhang mit Absatz 1 entstehen. Hiernach kann die Behörde insbesondere die erbrachten Prämien im Falle einer ersatzweisen Versicherung vom Vorsorgepflichtigen ersetzt verlangen.

Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Vollstreckungsmaßnahmen, die die Behörde aufgrund der Absätze 1 und 3 erläßt, haben keine aufschiebende Wirkung, da es sich um Maßnahmen der Verwaltungsvollstreckung handelt.

**Zum Zweiten Abschnitt** (§§ 5 - 9 PflegeVG)

**Zu § 5 PflegeVG** - Mitteilungspflicht

§ 5 regelt die Bestätigungs- und Mitteilungspflichten der eine Mindestabsicherung nach § 1 gewährenden Institutionen, d.h. in der Regel der zur Pflegeversicherung befugten Versicherungsunternehmen. Absatz 2 soll dabei sicherstellen, daß die zuständige Behörde Kenntnis vom Erlöschen einer bestehenden Mindestabsicherung erhält.

**Zu § 6 PflegeVG** - Allgemeine Versicherungsbedingungen

Durch diese Vorschrift soll nicht nur sichergestellt werden, daß der Versicherungsschutz im Pflegefall, soweit es die Mindestsicherung betrifft, tatsächlich den Anforderungen des PflegeVG entspricht, sondern überdies auch gewährleistet werden, daß alle Versicherungsverträge, die eine Mindestabsicherung nach § 1 Abs. 2 zum Gegenstand haben, eine einheitliche Grundlage und einen im wesentlichen einheitlichen Inhalt haben. Damit wird die Übersichtlichkeit gewahrt, eine einheitliche Rechts- und Verwaltungspraxis ermöglicht und im wesentlichen gleiche Wettbewerbsbedingungen auf der Leistungsseite für alle zur Pflegeversicherung befugten Versicherungsunternehmen im Bereich der Mindestsicherung hergestellt.

Zur Erreichung dieses Ziels ist es erforderlich, daß die den Versicherungsunternehmen zur Mindestabsicherung des Pflegefallrisikos genehmigten Allgemeinen Versicherungsbedingungen für alle Versicherungsunternehmen der jeweiligen Versicherungssparte in einheitlicher Fassung gelten. Die Aufsichtsbehörde hat daher bei der Genehmigung von Allgemeinen Versicherungsbedingungen nicht nur auf deren Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorschriften, den

aufsichtsrechtlichen Grundsätzen und dem Zweck des PflegeVG zu achten, sondern auch dafür zu sorgen, daß die Einheitlichkeit der Bedingungen hinreichend gewährleistet ist.

Abweichungen, die nur geringfügig oder durch besondere Verhältnisse gerechtfertigt sind, sollen dabei nicht unbedingt ein Hindernis für die Erteilung der Genehmigung sein. Um auch dann, wenn zwischen den Versicherungsunternehmen der jeweiligen Versicherungssparte in der Frage der Einführung neuer Allgemeiner Versicherungsbedingungen keine einheitliche Auffassung bestehen sollte, die einheitliche Geltung der Allgemeinen Bedingungen für die Pflegeversicherung (Mindestsicherung) - und zwar der für die Zwecke der Pflegeversicherung am besten geeigneten Bedingungen aus dem Kreis der genehmigten oder genehmigungsfähigen Bedingungen - herbeiführen zu können, ist in § 6 Satz 4 weiterhin vorgesehen, daß aufsichtsbehördlich genehmigte Allgemeine Versicherungsbedingungen durch Rechtsverordnung der Bundesregierung für verbindlich erklärt werden können. Die Bindung tritt dabei nur für die zugelassenen Versicherungsunternehmen ein, die damit gehindert werden, den von ihnen abgeschlossenen Verträgen andere als die für verbindlich erklärten Bedingungen zugrunde zu legen. Sie erhalten demgegenüber keine Allgemeinverbindlichkeit i.S. einer alle Beteiligten bindenden Rechtsnorm. Vielmehr behalten die Bedingungen auch nach einer Verbindlicherklärung ihren Charakter als privat-rechtliches Vertragsrecht, das im Verhältnis zwischen den Vertragsparteien des Versicherungsvertrages nur Anwendung findet, wenn es von den Vertragsparteien ausdrücklich oder stillschweigend zum Vertragsinhalt gemacht wurde.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind als Teil des Geschäftsplanes der Versicherungsunternehmen (vgl. § 5 Abs. 3 Nr. 2 Versicherungsaufsichtsgesetz) von diesen der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung vorzulegen. Die Initiative für die Einführung oder Änderung Allgemeiner Versicherungsbedingungen liegt grundsätzlich bei den Versicherungsunternehmen.

Es wird davon ausgegangen, daß in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen insbesondere auch Regelungen über die objektive ärztliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit, über eventuelle Wartezeiten zwischen dem Eintritt des Pflegefalls und dem Beginn der Geldleistungen sowie über Fragen des Versichererwechsels getroffen werden.

### Zu § 7 PflegeVG - Tarife

§ 7 bestimmt, daß Versicherungstarife in der Pflegeversicherung nach diesem Gesetz behördlich genehmigt werden müssen und daß hierfür die Versicherungsaufsichtsbehörde zuständig ist. Er umschreibt ferner die Voraussetzungen, die vorliegen müssen, damit Genehmigungen erteilt werden (§ 7 Abs. 2). Die Vorschrift bezieht sich auf alle neu abzuschließenden Versicherungsverträge, die im Pflegefall Leistungen zur finanziellen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit gewähren, soweit es sich um die Mindestsicherung nach § 1 Abs. 2 PflegeVG handelt.

Die Befugnis zum Betrieb der Pflegeversicherung wird nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz erteilt (§§ 5 ff). Vom 1. Januar 1993 an dürfen die Versicherungsunternehmen Versicherungsverträge nach § 1 Abs. 2 nur noch auf der Grundlage der nach § 7 Absatz 2 gebildeten und genehmigten Tarife abschließen.

Der Begriff der Tarife i.S. von Beiträgen und Tarifbestimmungen dient der Abgrenzung zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Unter Tarifen sind damit Regelungen zu verstehen, die die Beitragshöhe betreffen sowie Regelungen, die damit in unmittelbarem Zusammenhang stehen.

Nach Abs. 2 soll die Genehmigung durch die nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz zuständige Behörde erteilt werden.

Die Genehmigungsvoraussetzungen des Abs. 2 tragen dem besonderen Charakter der Pflegefallmindestabsicherung nach § 1 Abs. 2 PflegeVG Rechnung. Insbesondere die Tatsache, daß die Pflegeversicherung im Rahmen der allgemeinen Vorsorgepflicht des § 1 Abs. 1 zukünftig nahezu von der gesamten Bevölkerung abgeschlossen werden wird, rechtfertigt es, die Genehmigung nur dann zu erteilen, wenn die Aufwendungen der Vorsorgepflichtigen für die Mindestsicherung und die Leistungen der Versicherung im Pflegefall in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen. Dabei kommt es auf ein angemessenes Verhältnis von Versicherungsbeitrag und Versicherungsleistung auf Dauer an. Dieses Verhältnis ist sowohl nach dem Verlauf der Pflegefälle hinsichtlich Anzahl und Kosten beim einzelnen Versicherungsunternehmen als auch nach der Gesamtentwicklung bei allen Versicherungsunternehmen zu ermitteln.

Das Gesetz geht damit bereits an dieser Stelle von der Notwendigkeit einer Zusammenfassung des Verlaufs der Pflegefallrisiken aller Versicherungsunternehmen aus . Ferner muß durch den Tarif das Interesse des einzelnen Vorsorgepflichtigen, einen wirksamen Versicherungsschutz zu einem angemessenen Beitrag zu haben, gewahrt werden. Schließlich sind auch die Vorschriften, die die Bundesregierung hinsichtlich Gestaltung, Berechnung und Anwendung der Tarife erläßt, zu beachten.

Absatz 3 Nr. 2 ermächtigt die Bundesregierung, über die Ermittlung technischer Überschüsse bei den Versicherungsunternehmen und die Verteilung dieser Überschüsse an die Versicherungsnehmer Regelungen zu treffen. Damit soll vor allem auch die Möglichkeit eröffnet werden, daß erzielte Überschüsse nicht an die Versicherungsnehmer im Wege der Prämienrückerstattung zurückfließen, sondern zu einer Erhöhung des Leistungsniveaus genutzt werden können. Im Hinblick darauf, daß nur eine Mindestabsicherungspflicht besteht, wird dies regelmäßig nur bei Einwilligung des Vorsorgepflichtigen in Betracht kommen. In der Praxis eröffnet dies für den Vorsorgepflichtigen ein Wahlrecht .

### Zu § 8 PflegeVG - Änderungen von Versicherungsbedingungen und Tarifen

Die Abänderbarkeit der Tarife und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für bestehende Versicherungsverhältnisse ist zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit erforderlich. Der Versicherungsnehmer wird durch das Genehmigungserfordernis ausreichend geschützt.

Es erscheint zweckmäßig, bei Änderungen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen den Beginn der nächsten Versicherungsperiode als Tag für das Inkrafttreten der Genehmigung festzusetzen. Die Versicherungsperioden werden im Hinblick auf den unterschiedlichen Beginn in der Regel nicht mit dem Kalenderjahr übereinstimmen. Es kann jedoch im Tarif, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder bei Erteilung der Genehmigung etwas anderes bestimmt werden.

**Zu § 9 PflegeVG** - Schutz des Versicherungsnehmers

Diese Vorschrift stellt sicher, daß für den Fall wesentlicher Veränderungen in den versicherungsaufsichtsrechtlichen Möglichkeiten zum Schutz der Versicherungsnehmer vor dem Insolvenzrisiko von Versicherungsunternehmen durch Rechtsverordnung eine Sicherungskasse eingerichtet werden kann. Diese Vorkehrung ist angesichts der dem Bürger gesetzlich auferlegten Pflicht zur Vorsorge, die in der Regel zur Absicherung in einer Pflegeversicherung führen wird, erforderlich.

**Zum Dritten Abschnitt** (§§ 10 und 11 PflegeVG)

Mit den Regelungen des 3. Abschnittes wird die entscheidende sozialstaatliche Komponente bei der Pflegeversicherung eingeführt. Damit soll erreicht werden, daß Vorsorgepflichtige, deren Einkommen bestimmte Grenzen nicht überschreitet, im Fall des Abschlusses einer Pflegeversicherung nach dem Pflege VG bei der Prämienzahlung entlastet werden. Dabei kann die Bundesregierung eine Staffelung der Entlastung entsprechend dem Alter, dem Einkommen und der familiären Situation vorsehen.

Bei den Prämienzuschüssen nach §§ 10 ff handelt es sich um Sozialleistungen im Sinne von § 1 SGB I, die - neben dem Verbot nach § 2, geschlechts- und gesundheitsabhängige Prämien zu erheben, - der Verwirklichung des Sozialstaatsgebots im Rahmen des PflegeVG dienen. Damit soll der soziale Ausgleich außerhalb der Risikogemeinschaft durch Transferleistungen der Steuerbürger herbeigeführt werden.

**Zu § 10 PflegeVG** - Prämienzuschuß

Die Vorschrift führt einen Prämienzuschuß für Pflegeversicherungen unter bestimmten Voraussetzungen ein. Nach Abs. 3 der Vorschrift kann die Bundesregierung dabei eine Staffelung nach Alter, Familienstand und Einkommen vorsehen. Der Zuschuß darf jedoch im Einzelfall höchstens 50 v. H. der Jahresprämie für eine Mindestabsicherung nach § 1 Abs. 2 und höchstens 200 DM pro Versicherten und Jahr betragen. Dies bedeutet, daß z. B. ein Ehepaar, bei dem beide Ehegatten vorsorgepflichtig sind und bei dem beide eine Pflegeversicherung abgeschlossen haben, höchstens 400 DM pro Jahr erhalten kann.

Die Regelung ermöglicht neben der sozialen Staffelung damit auch eine flexible Handhabung der Zuschußgewährung im Hinblick auf die allgemeine Einkommensentwicklung der Bevölkerung.

Nach Absatz 4 ruht der Zuschuß während der Zeit des Bezuges einer Lohnersatzleistung von der Bundesanstalt für Arbeit. Dies ist erforderlich, da die Regelung im Arbeitsförderungsgesetz (§ 166 c) eine Prämienübernahme durch die Bundesanstalt vorsieht und es ansonsten zu einer Doppelleistung käme.

**Zu § 11 PflegeVG** - Einkommensgrenzen

Abs. 1 setzt die Einkommensgrenzen auf 19.000 DM und bei Ehegatten auf 26.600 DM Jahreseinkommen fest. Die Einkommensgrenze soll im Zusammenspiel mit § 10 ermöglichen, daß auch die Bezieher von mittleren Einkommen grundsätzlich in den Genuß eines Prämienzuschusses - gestaffelt nach der jeweiligen familiären Situation - kommen können. Dem dient auch die Erhöhung der Einkommensgrenze um 9.200 DM für jedes Kind.

Für die Ermittlung der maßgeblichen Einkommensgrenzen ist das Kalenderjahr, das dem der zuschußfähigen Prämienaufwendung vorangeht, maßgeblich. Dieses Kalenderjahr ist auch ausschlaggebend für die Regelung nach Abs. 1 Satz 2 der Vorschrift.

Im übrigen lehnt sich Abs. 2 Satz 2 der Vorschrift bei der Festlegung des maßgebenden Jahreseinkommens an die Regelungen des Bundeskindergeldgesetzes an. Als Jahreseinkommen gilt danach die Summe der im maßgeblichen Kalenderjahr erzielten positiven Einkünfte im Sinne des § 2 Abs. 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes. Ein Ausgleich mit Verlusten aus anderen Einkunftsarten und mit Verlusten des Ehegatten ist nicht zulässig. Ein Verlust kann deshalb nur innerhalb der betreffenden Einkunftsart des Berechtigten oder seines Ehegatten, in der er entstanden ist, abgezogen werden. Er ist nur von Bedeutung, soweit er die positiven Einkünfte auf den Betrag 0,00 DM verringert. Sogenannte negative Einkünfte einer Einkunftsart wirken sich auf die übrigen Einkünfte nicht aus.

Insgesamt kann damit bei der Ermittlung des maßgeblichen Jahreseinkommens auf eine seit Jahren bewährte gesetzliche Regelung und eine darauf beruhende Verwaltungspraxis zurückgegriffen werden.

Nach Abs. 3 sind nur Ehegatten begünstigt, die während des ganzen Kalenderjahres nach Abs. 2 Satz 1 verheiratet waren und nicht dauernd getrennt gelebt haben und die beide mindestens während eines Teils des Kalenderjahres unbeschränkt einkommensteuerpflichtig sind. Das heißt, beide Ehegatten müssen während eines Teils des Versicherungsjahres steuerpflichtig nach § 1 Einkommensteuergesetz gewesen sein.

Abs. 4 enthält Bestimmungen über die im Rahmen des Abs. 1 zu berücksichtigenden Kinder. Für Kinder, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, gilt dabei § 2 Abs. 2 und 3 des Bundeskindergeldgesetzes entsprechend. Das heißt, sie werden nur berücksichtigt, wenn sie sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein sonstiger Fall des § 2 Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 3 des Bundeskindergeldgesetzes vorliegt.

**Zum Vierten Abschnitt** (§§ 12 bis 14 PflegeVG)

Die Mindestsicherung, die in aller Regel über den Abschluß einer Pflegeversicherung nach § 1 erfolgt, sowie die im Dritten Abschnitt vorgesehene soziale Prämienentlastung erfordern die Einrichtung einer Institution, die bestimmte übergreifende Aufgaben wahrnimmt. Zu diesem Zweck sieht das Gesetz die Errichtung eines Ausgleichsfonds vor, der mit Inkrafttreten dieses Gesetzes als entstanden gilt. Die Aufgaben des Ausgleichsfonds sind in § 12 abschließend aufgezählt. Die Organisation und Rechtsform ist in § 13 geregelt, die Finanzierung der einzelnen Aufgaben richtet sich nach § 14.

**Zu § 12 PflegeVG** - Aufgaben des Ausgleichsfonds

Nach Nr. 1 ist es Aufgabe des Ausgleichsfonds, die ersatzweise Versicherung von Vorsorgepflichtigen zu gewährleisten, bei denen die Durchsetzung der Vorsorgepflicht im Wege der Verwaltungsvollstreckung durch die zuständige Behörde nicht anders möglich ist. Die zuständige Behörde

schließt dabei zugunsten des Vorsorgepflichtigen einen Pflegeversicherungsvertrag mit dem Ausgleichsfonds nach § 4 Abs. 2. Dieser Vertrag ist, wie reguläre Pflegeversicherungsverträge, privatrechtlicher Natur. Die Prämien sind von der zuständigen Behörde oder dem Vorsorgepflichtigen zu entrichten. Soweit die zuständige Behörde die Prämien entrichtet, hat sie einen Anspruch auf Kostenerstattung nach § 4 Abs. 3 gegen den Vorsorgepflichtigen. Der Ausgleichsfonds betätigt sich insoweit als Versicherungsunternehmen und unterliegt dabei den einschlägigen Rechtsvorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes und der Aufsicht nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz.

Nach Nr. 2 ist die Durchführung der Prämienentlastung nach dem Dritten Abschnitt einschließlich des damit verbundenen Datenabgleichs die Kernaufgabe des Ausgleichsfonds. Nach der Ermächtigungsvorschrift des § 16 ist es hierbei Aufgabe der Bundesregierung, die Ausgestaltung des Prämienentlastungsverfahrens im einzelnen zu regeln.

Die Nutzung der elektronischen Datenverarbeitung wird bei der Verfahrensabwicklung zweckmäßig sein.

**Zu § 13 PflegeVG** - Rechtsform

Insbesondere im Hinblick auf die Durchführung des Prämienentlastungsverfahrens nach § 12 Nr. 2 erscheint es angebracht, sofort eine juristische Person (Anstalt) als Trägerin des Ausgleichsfonds zu errichten. Dies kann nicht durch Rechtsverordnung, sondern nur unmittelbar durch das Gesetz selbst geschehen. Als Organe der Anstalt sind Vorstand und Verwaltungsrat zwingend vorgesehen. Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die nähere Ausgestaltung der Anstalt durch Erlaß einer Satzung zu regeln. Die Anstalt wird - im Hinblick auf die Kernaufgabe des § 12 Nr. 2 - der Aufsicht des Bundesministers für Finanzen unterstellt.

Die Befreiung des Ausgleichsfonds von der Körperschaftsteuer, der Gewerbesteuer und der Vermögensteuer nach Abs. 2 ergibt sich aus dem Charakter des Ausgleichsfonds als Anstalt des öffentlichen Rechts, die im wesentlichen öffentliche Aufgaben erfüllt.

Die dem Ausgleichsfonds nach § 12 Nr. 1 übertragene Aufgabe der ersatzweisen Versicherung kann ihrer Natur nach nicht nur durch eine juristische Person des öffentlichen Rechts erfüllt werden. Diese Aufgabe kann vielmehr auch von einer Einrichtung in privatrechtlicher Rechtsform wahrgenommen werden. § 13 Abs. 3 ermächtigt daher die Bundesregierung, mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung diese Aufgabe des Ausgleichsfonds einer bestehenden juristischen Person des privaten Rechts zuzuweisen, wenn diese zur Übernahme der Aufgabe bereit ist und hinreichende Gewähr für die Erfüllung dieser Aufgabe bietet. Um dies sicherzustellen, kann durch die Rechtsverordnung dem Bundesminister für Finanzen die Genehmigung der Satzung dieser juristischen Person vorbehalten und die Aufsicht über die juristische Person geregelt werden.

**Zu § 14 PflegeVG** - Mittelaufbringung und Kostenerstattung

Nach § 12 Nr. 1 nimmt der Ausgleichsfonds letztlich eine Aufgabe der zur Pflegeversicherung befugten Versicherungsunternehmen wahr. Dies ergibt sich aus dem in § 3 vorgesehenen Kontrahierungszwang, nach dem an sich alle Vorsorgepflichtigen über die zur PflegeVG befugten Versicherungsunternehmen zu versichern sind. Im Ausgleichsfonds werden daher voraussichtlich nur die Personen versichert werden, bei denen die Versicherung bei den Versicherungsunternehmen rechtlich oder tatsächlich nicht gelingt. Damit verhindert der Ausgleichsfonds auch Wettbewerbsverzerrungen im Interesse aller Versicherungsunternehmen (vgl. oben zu § 4). Absatz 1 bestimmt deshalb auch, daß die Mittel für diese Aufgabe einschließlich der damit verbundenen Verwaltungskosten von den zur Pflegeversicherung befugten Versicherungsunternehmen aufzubringen sind.

Nach Abs. 2 trägt die Kosten, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Durchführung der sozialen Prämienentlastung nach dem Dritten Abschnitt entstehen, der Bund, da es sich insoweit um eine öffentliche Aufgabenerfüllung handelt. Zu den unmittelbaren Kosten der Prämienentlastung zählen nicht die Verwaltungskosten, die den zur Pflegeversicherung befugten Versicherungsunternehmen im Zusammenhang mit der sozialen Prämienentlastung entstehen. Diese Kosten sind grundsätzlich von den beteiligten Versicherungsunternehmen selbst zu tragen.

Abs. 3 ermächtigt die Bundesregierung, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen über Ausgestaltung, Umfang und das Verfahren der Mittelaufbringung nach Abs. 1 sowie über den Umfang der Kostenregelung nach Abs. 2.

**Zum Fünften Abschnitt** (§§ 15 bis 18 PflegeVG)

Der Fünfte Abschnitt enthält Durchführungs- und Strafvorvorschriften. Von besonderer Bedeutung ist dabei neben § 15, der die Meldebehörden zur Übermittlung bestimmter Daten an die Sozialhilfeträger verpflichtet, die Ermächtigungsnorm des § 16. Die Durchführung des PflegeVG macht die Einrichtung und Ausgestaltung mehrerer Verfahren erforderlich. § 16 ermächtigt daher die Bundesregierung, die Ausgestaltung dieser Verfahren im einzelnen durch Rechtsverordnung zu regeln.

**Zu § 15 PflegeVG** - Übermittlung von Meldedaten

Nach § 15 sind die Meldebehörden verpflichtet, der zuständigen Behörde (§ 17) zur Erfüllung der Aufgaben nach dem PflegeVG bestimmte Daten zu übermitteln. Dabei handelt es sich um Daten, die erforderlich sind, um die Einhaltung der Vorsorgepflicht nach § 1 durch die zuständige Behörde zu überwachen. Mit § 15 wird den Anforderungen des § 18 Abs. 4 Melderechtsrahmengesetz in Verbindung mit den jeweiligen landesrechtlichen Meldegesetzen, wonach im jeweiligen Bundes - oder Landesrecht bei einer regelmäßigen Datenübermittlung der Anlaß und der Zweck der Übermittlung, der Datenempfänger und die zu übermittelnden Daten festzulegen sind, genügt. Die Vorschrift erlaubt auch die erstmalige Datenübermittlung dieses Personenkreises an die Sozialhilfeträger. Ferner wird durch die Vorschrift sichergestellt, daß die zuständige Behörde vor allem auch bei Zu- und Wegzügen von vorsorgepflichtigen Personen ihre Aufgaben sachgerecht erledigen kann.

**Zu § 16 PflegeVG** - Ermächtigung

In Nr. 1 wird die Bundesregierung ermächtigt, die Form und das Verfahren des Nachweises nach § 1 Abs. 1 und der Mitteilungspflicht nach § 5 näher zu regeln. Damit soll insbesondere ein einheitliches Verfahren und eine einheitliche Form des Nachweises bzw. der Mitteilungen ermöglicht werden.

Nrn. 2 und 3 ermächtigen die Bundesregierung, durch Rechtsverordnung die zur Durchführung des Prämienentlastungsverfahrens nach dem Dritten Abschnitt erforderlichen Regelungen zu treffen. Dabei sind insbesondere auch der Zeitpunkt und der Umfang der von der Steuerverwaltung dem Ausgleichsfonds bzw. einer nach § 13 Abs. 3 zuständigen Einrichtung zu diesem Zweck zu übermittelnden Daten zu regeln.

Nr. 4 ermächtigt die Bundesregierung, zur Erleichterung und Vereinfachung der Verfahren nach dem Ersten und Dritten Abschnitt Regelungen für die automatisierte Datenverarbeitung einzuführen. Hierbei hat die Bundesregierung insbesondere die Vorschriften des Datenschutzrechtes zu beachten. Mit dem Verweis auf die Veröffentlichung sachverständiger Stellen in der Verordnungsermächtigung soll die Verwendung von DIN-Normen ermöglicht werden, die keinen Rechtscharakter haben.

**§ 17 PflegeVG** - Zuständigkeit

Es ist zweckmäßig, die nach Landesrecht zuständigen Träger der Sozialhilfe zur zuständigen Behörde im Sinne dieses Gesetzes zu bestimmen. Den Sozialhilfeträgern obliegt dabei vor allem die Überwachung der Nachweispflicht sowie erforderlichenfalls die Maßnahmen nach § 4. Es kann davon ausgegangen werden, daß die Vorsorgepflichtigen in der Regel entsprechende Nachweise den zuständigen Behörden von sich aus vorlegen werden. Ein gewisser Verwaltungsaufwand dürfte lediglich bei Personengruppen entstehen, die aufgrund ihrer persönlichen Situation der Vorsorgepflicht insbesondere wegen fehlender finanzieller Mittel nicht nachkommen können. Zu diesem Personenkreis haben gerade die Sozialhilfeträger den besten Zugang.

**Zu § 18 PflegeVG** - Ordnungswidrigkeiten

Nach § 18 ist die vorsätzliche oder fahrlässige Zuwiderhandlung gegen die Vorsorgepflicht des § 1 Abs. 1 bußgeldbewehrt. Eine Ordnungswidrigkeit liegt allerdings nicht vor, soweit der Vorsorgepflichtige wegen fehlender finanzieller Mittel seiner Vorsorgepflicht nicht nachkommen kann. In diesen Fällen hat ihm die zuständige Behörde (Sozialhilfeträger) nach den Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes eine Mindestabsicherung nach § 1 Abs. 2 PflegeVG zu ermöglichen.

**Zum Sechsten Abschnitt**

**Zu § 19 PflegeVG** - Übergangsregelung

Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes das 65. Lebensjahr vollendet haben oder nach Vollendung des 65. Lebensjahres in den Geltungsbereich dieses Gesetzes zuziehen, sind von der Vorsorgepflicht nach § 1 befreit. Es wäre mit dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz nicht vereinbar, diese Personen der Vorsorgepflicht zu unterwerfen.

Aus Gründen der Verhältnismäßigkeit ist es auch erforderlich, für Vorsorgepflichtige, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes das 45., aber noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben oder für Personen, die nach Vollendung des 45. Lebensjahrs z. B. durch Zuzug erstmalig vorsorgepflichtig werden, auf Antrag die Mindestsicherung des § 1 Abs. 2 herabzusetzen. Damit soll bei diesen Personen die finanzielle Belastung durch die Vorsorgepflicht in einem zumutbaren Rahmen gehalten werden. Nach § 19 Abs. 2 Satz 2 darf der Versicherungsschutz äußerstenfalls bis zur Hälfte der Mindestsicherung herabgesetzt werden. Die für zumutbar gehaltene Prämie eines 45jährigen zur Mindestsicherung ermöglicht aber für viele Jahrgänge oberhalb der Altersgrenze für den Beginn der Vorsorgepflicht eine Sicherung, die höher als die Hälfte der Mindestsicherung ist; diesen Personen wird deshalb die Herabsetzung der Mindestsicherung nur bis zu einer der Prämie eines 45jährigen entsprechenden Sicherungszusage gestattet .

**Zu Artikel 2** - Änderung des Sozialgesetzbuches

Ziel des Pflegevorsorgegesetzes ist die Schaffung eines zukunftssicheren Systems der Eigenvorsorge gegen das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit. Angesichts der demographischen Enwicklung ist nur ein Kapitaldeckungsverfahren in der Lage, dies zu gewährleisten. Die Begrenzung der Vorsorgepflicht auf die zum Zeitpunkt der Einführung des Gesetzes 45- bis 65jährigen führt dazu, daß die heute ältere Generation von der im Gesetz vorgesehenen Pflegeabsicherung nicht erfaßt wird. Es wird bis zu 15 Jahre dauern, bis die volle Breitenwirkung der Vorsorgepflicht eintritt und damit die gesamte Bevölkerung über eine finanzielle Mindestsicherung im Pflegefall verfügt.

Zwar ist auch heute die ältere Generation über die Sozialhilfe finanziell abgesichert. Dies erscheint jedoch sozialpolitisch unbefriedigend, zumal die heute ältere Generation in der Regel nicht in ausreichendem Maße eine finanzielle Eigenvorsorge betreiben konnte, weil sie die Lasten des Krieges und des Wiederaufbaus zu tragen hatte.

Es ist daher ein sozialpolitisch gerechtfertigtes Anliegen, gerade auch die finanzielle Absicherung der heute älteren Generation für den Pflegefall zu verbessern. Der Bundesgesetzgeber hat dieses Anliegen bereits grundsätzlich anerkannt und im Rahmen des Gesundheits-Reformgesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen im Pflegefall ermöglicht, obwohl diese Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung an sich systemfremd sind.

Eine Verbesserung der finanziellen Absicherung der heute pflegebedürftigen älteren Menschen bedeutet auch, daß die heute erwerbstätige Generation die doppelte Belastung der eigenen Vorsorge wie auch der Versorgung heute Pflegebedürftiger trägt.

Diese Doppelbelastung ist nur zumutbar, wenn sichergestellt ist, daß sie entsprechend der zunehmenden Wirksamkeit der Eigenvorsorge reduziert wird. Auch aus demographischen Gründen ist eine solche Lösung nur zeitlich begrenzt verantwortbar.

Die Lasten der Pflegevorsorge sollen möglichst breit verteilt werden. Auf Dauer wird die soziale Prämienentlastung aus Steuermitteln zu tragen sein. Die Übergangslast soll dagegen von der umlagefinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung - die heute bereits einen Teil der Leistungen sicherstellt - übernommen werden.

Dazu wird die derzeit auf häusliche Pflege begrenzte Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Bereich stationärer Versorgung für die bei Inkrafttreten über

65jährigen Schwerpflegebedürftigen ausgedehnt. Damit ist der nicht vorsorgefähigen älteren Generation geholfen.

Längerfristig werden dann diese Leistungen bei Pflegebedürftigkeit aus dem Bereich der umlagefinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung herausgelöst und durch Eigenvorsorge ersetzt.

Der Leistungsumfang und die Leistungsvoraussetzungen sowie der Personenkreis werden entsprechend einer Übergangsregelung an das Pflegevorsorgegesetz angepaßt.

Dabei wird auch der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe mit Ausnahme der Leistungen bei Urlaub oder anderweitiger Verhinderung der Pflegeperson auf den Personenkreis der bei Inkrafttreten über 65jährigen Schwerpflegebedürftigen beschränkt. Diejenigen, die stationär versorgt werden, erhalten anstelle der Sachleistung bei häuslicher Pflege eine laufende Geldleistung als Pflegehilfe.

Die Geldleistung bei stationärer Versorgung wird entsprechend der Übergangsregelung im Pflegevorsorgegesetz auf 50 v. H. der Mindestsicherung, d. h. monatlich 750 DM bei Schwerstpflegebedürftigkeit festgelegt. Hierdurch wird die stationäre Versorgung nicht besser, sondern mit der Leistung bei häuslicher Pflege gleichgestellt.

*Zu Nummer 1* (Änderung des SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung)

*Zu Buchstabe a* (§ 53)

aa) Absatz 1 legt den Personenkreis fest, der bei Schwerpflegebedürftigkeit berechtigt ist, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. Für die Feststellung der Schwerpflegebedürftigkeit sind die in der Anlage zu § 1 Abs. 2 PflegeVG genannten Voraussetzungen entsprechend zugrunde zu legen. Regelleistung ist die häusliche Pflegehilfe, die nach § 55 als Sachleistung zu erbringen ist und unter den Voraussetzungen des § 57 als Geldleistung von der Krankenversicherung erbracht werden kann.

Soweit eine Versorgung der Schwerpflegebedürftigen in einer Einrichtung erfolgt, wird die Pflegehilfe als laufende Geldleistung gewährt.

Einen Anspruch auf häusliche Pflegehilfe nach § 55 und auf Pflegehilfe als laufende Geldleistung nach § 57 a haben nach Satz 2 die schwerpflegebedürftigen Versicherten, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Pflegevorsorgegesetzes am 1. Januar 1993 65 Jahre und älter sind. Diese Regelung stellt sicher, daß diese Leistungen auf längere Sicht aus dem Leistungskatalog der Krankenversicherungen herausgelöst werden. Die Leistung nach § 56, die bei Urlaub oder anderweitiger Verhinderung der Pflegeperson erbracht wird, bleibt zugunsten der häuslichen Pflege von dieser Regelung unberührt.

bb) Die Änderung ist zur Klarstellung erforderlich, weil die Gewährung der häuslichen Krankenpflege nach § 37 nur der häuslichen Pflegehilfe entgegensteht und bei stationärer Versorgung nicht in Betracht kommt.

cc) Die Abs. 3 und 4 sind zu streichen, da durch die entsprechende Anwendung der Anlage zu § 1 Abs. 2 PflegeVG eine Richtlinie bzw. eine Rechtsverordnung über die Abgrenzung des Personenkreises der Schwerpflegebedürftigen nicht mehr erforderlich ist.

*Zu Buchstabe b* (§ 54)

Die Änderung ergibt sich aus § 53 Satz 2, der die Pflegehilfe als laufende Geldleistung auf den stationär versorgten Personenkreis der Schwerpflegebedürftigen ausdehnt.

*Zu Buchstabe c* ( § 57 )

Die Ergänzung der Überschrift stellt klar, daß in § 57 nur die Geldleistung, die anstelle der häuslichen Pflegehilfe gewährt werden kann, geregelt wird.

*Zu Buchstabe d* ( § 57 a)

Durch Satz 1 dieser Vorschrift wird die Geldleistung bei stationärer Pflege für die nach § 53 Satz 3 leistungsberechtigten Versicherten bei Schwer- und Schwerstpflegebedürftigkeit auf monatlich bis zu 750 DM festgesetzt. Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und den Grad der Pflegebedürftigkeit sind die Regelungen der Anlage zu § 1 Abs. 2 PflegeVG entsprechend anzuwenden. Dies gilt auch für die Staffelung, die bei Schwerpflegebedürftigkeit 50 v. H., bei gesteigerter Schwerpflegebedürftigkeit 75 v. H. und bei Schwerstpflegebedürftigkeit 100 v. H., also monatlich 750 DM, beträgt.

*Zu Nummer 2* (Änderung des SGB X Verwaltungsverfahren)

Durch die Einführung einer Nr. 5 in § 71 SGB X wird klargestellt, daß eine Offenbarung personenbezogener Daten durch die Sozialbehörden zulässig ist, soweit sie erforderlich ist für die Erfüllung der Aufgaben des Ausgleichsfonds nach § 12 des PflegeVG. Damit können die Sozialbehörden personenbezogene Daten insbesondere im Zusammenhang mit der ersatzweisen Versicherung sowie im Zusammenhang mit dem Prämienentlastungsverfahren beim Ausgleichsfonds bzw. der juristischen Person, die die Aufgabe nach § 12 PflegeVG wahrnimmt, übermitteln.

**Zu Artikel 3** - Änderung des Bundesozialhilfegesetzes

Die Einführung einer gesetzlichen Pflicht für den einzelnen zur Vorsorge gegen das finanzielle Risiko erfordert auf der anderen Seite die Übernahme der damit verbundenen Kosten durch die Gemeinschaft, wenn der einzelne dazu nicht mehr in der Lage ist. Es ist deshalb erforderlich, in das Bundessozialhilfegegetz eine entsprechende Übernahmeregelung aufzunehmen.

*Zu Nummer 1* (§13):

Die Änderung ist bedingt durch die Aufnahme des neuen Absatzes 3.

*Zu Nummer 2* (§ 13 Abs. 3):

Durch die Einführung eines Absatzes 3 in § 13 Bundessozialhilfegesetz soll klargestellt werden, daß die Sozialhilfeträger

Hilfeempfängern, die nach dem PflegeVG vorsorgepflichtig sind, die angemessenen Prämien einer Mindestabsicherung nach § 1 Abs. 2 des PflegeVG gewähren. Bei Personen, die noch nicht vorsorpflichtig sind, die jedoch bereits eine Pflegeversicherung abgeschlossen haben, die den Anforderungen des § 1 Abs. 2 PflegeVG genügt, steht es im Ermessen des Sozialhilfeträgers, die entsprechenden Prämien im Rahmen der Sozialhilfe zu übernehmen.

Soweit die Hilfeempfänger berechtigt sind, die Mindestsicherung nach § 1 Abs. 2 PflegeVG auf Antrag nach § 19 Abs. 2 PflegeVG herabsetzen lassen zu können, hat der Sozialhilfeträger die Versicherungsbeiträge in der Höhe zu übernehmen, die nach der Herabsetzung des Versicherungsschutzes auf die Grenzen des § 19 Abs. 2 Satz 2 PflegeVG zu entrichten wären.

Sofern der Sozialhilfeträger für den Hilfeempfänger die Prämienzahlung übernimmt, kann er die diesem zustehenden Ansprüche auf Prämienentlastung nach dem Dritten Abschnitt des PflegeVG gemäß § 90 BSHG überleiten.

**Zu Artikel 4** - Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes

Zum Schutz des einzelnen vor einer finanziellen Überforderung sieht die Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes die Übernahme der Prämienbeiträge für die Zeit der Arbeitslosigkeit durch die Bundesanstalt für Arbeit vor. Die damit verbundenen Kosten sollen jedoch nicht von der Versichertengemeinschaft getragen werden, sondern vom Bund übernommen werden.

*Zu Nummer 1* (§ 166 c)

Nach der Vorschrift des neuen Unterabschnitts hat die Bundesanstalt die angemessenen Prämien einer Mindestabsicherung nach § 1 Abs. 2 des PflegeVG für ihre Versicherten zu tragen, wenn diese nach § 1 Abs . 1 PflegeVG vorsorgepflichtig sind und Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld in einer Höhe beziehen, die die Einkommensgrenzen nach § 11 PflegeVG nicht überschreiten. Hierbei sind nur die Leis tungen nach dem Arbeitstförderungsgesetz ausschlaggebend. Die Bundesanstalt für Arbeit trägt die angemessenen Prämien auch dann, wenn der Bezieher von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld ergänzend Sozialhilfe erhält.

Soweit der Vorsorgepflichtige, für den die Bundesanstalt die Prämien zu tragen hat, berechtigt ist, die Herabsetzung der Mindestsicherung zu beantragen, hat die Bundesanstalt nur die Prämien in der Höhe zu übernehmen, die nach Herabsetzung des Versicherungsschutzes auf die Grenzen des § 19 Abs. 2 Satz 2 PflegeVG zu entrichten wären.

Im Gegensatz zur Regelung im Bundessozialhilfegesetz erstreckt sich die Kostentragungspflicht der Bundesanstalt nur auf den Personenkreis, der nach dem Pflegevorsorgegesetz vorsorgepflichtig ist.

*Zu Nummer 2* (§ 188 Abs. 2)

Abs . 2 stellt klar, daß die Kosten, die der Bundesanstalt durch die Übernahme der Prämien entstehen sowie die damit einhergehenden Verwaltungskosten durch den Bund ersetzt werden und damit nicht von der Versichertengemeinschaft zu tragen sind.

**Zu Artikel 5** - Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag

Durch Artikel 5 wird ein neuer Abschnitt in das Versicherungsvertragsgesetz eingeführt, der modifizierende Vorschriften für das Versicherungsvertragsrecht enthält.

*Zu Nummer 1* (§§ 186 - 188)

§ 186 erklärt die Vorschriften des § 187 und § 188 als vorrangige Regelungen für anwendbar.

§ 187 bestimmt im Sinne einer Generalklausel, daß die Vorschriften des Ersten Abschnitts des Versicherungsvertragsgesetzes für die Pflegeversicherung nach § 1 Abs. 2 PflegeVG nach Maßgabe der solidarischen Absicherung (§ 2 PflegeVG) Anwendung finden. Die Beachtung des Ausschlusses von geschlechtsdifferenzierten Prämien und des grundsätzlichen Verbotes der Gesundheitsprüfung im Rahmen der auf der Grundlage des Versicherungsvertragsgesetzes geschlossenen Pflegeversicherungsverträge bezieht sich nur auf die Mindestsicherung nach § 1 Abs. 2 PflegeVG. Dies bedeutet, daß bei Pflegeversicherungsverträgen, die eine höhere Sicherung vorsehen, die solidarische Absicherung nach § 2 PflegeVG insoweit nicht Anwendung findet, als die Mindestsicherung überschritten ist.

§ 188 konkretisiert die Regelung des § 187 für den Fall der Verletzung von Obliegenheitsverpflichtungen nach den § 16 ff Versicherungsvertragsgesetz. Soweit danach ein Versicherungsnehmer seine Anzeigepflichten, die ihm nach Versicherungsvertrag und den Vorschriften der §§ 16 ff Versicherungsvertragsgesetz im Zusammenhang mit seinem Gesundheitszustand obliegen, verletzt, stehen dem Versicherer Rücktritts-, Kündigungs- und Leistungsverweigerungsrechte nur in Ansehung des Teils zu, um den die Versicherungsleistung die Mindestdeckung des § 1 Abs. 2 PflegeVG übersteigt. Damit soll sichergestellt werden, daß z.B. bei falschen Angaben hinsichtlich des Gesundheitszustandes im Rahmen eines Pflegeversicherungsvertrages, der die Mindestabsicherung nach § 1 Abs. 2 PflegeVG übersteigt, der Versicherer sich nicht hinsichtlich des gesamten Vertrages von seinen Leistungspflichten im Pflegefall befreien kann, sondern lediglich hinsichtlich des Teils, der die Mindestabsicherung übersteigt.

*Zu Nummer 2*

Die Änderungen sind durch die Einfügung des neuen Abschnittes bedingt.

**Zu Artikel 6** - Änderung des Einkommensteuergesetzes

*Zu Nummer 1* (§ 3 Nr. 1)

Die Aufnahme der Pflegeversicherung in die Vorschrift stellt klar, daß es sich bei den Leistungen aus der Pflegeversicherung um steuerfreie Einkommen im Sinne des Einkommensteuergesetzes handelt.

*Zu Nummer 2* (§ 10)

Durch die Aufnahme der Pflegeversicherung wird die Abzugsfähigkeit der Aufwendungen für eine Pflegeversicherung im Rahmen der Sonderausgaben sichergestellt.

**Zu Artikel 7**

Artikel 7 enthält die übliche Berlin-Klausel.

**Zu Artikel 8**

Artikel 8 regelt das Inkrafttreten der Vorschriften nach Art. 1 bis 7. Diese Vorschriften stehen in einem Gesamtzusammenhang und treten deshalb zum gleichen Zeitpunkt in Kraft.

## C. Kosten und Finanzierung

Kosten und Finanzierung werden getrennt für den Bereich des Pflegevorsorgegesetzes und die Übergangsregelung in der gesetzlichen Krankenversicherung betrachtet.

### I. Pflegevorsorgegesetz

*1. Vorsorgepflicht*

Nach dem Pflegevorsorgegesetz sind die bei Inkrafttreten des Gesetzes 45- bis 65jährigen zum Nachweis einer ausreichenden Vorsorge gegen das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit - in der Regel durch Abschluß einer Pflegeversicherung - verpflichtet. Das Gesetz legt die Höhe der Mindestversicherung mit derzeit 1500 DM bei Schwerstpflegebedürftigkeit fest. Die hierfür erforderliche Versicherungsprämie bildet sich im Wettbewerb der Versicherungsunternehmen. Sie ist als Tarif vom Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen zu genehmigen. Nach den derzeit gültigen Tarifen und unter Berücksichtigung der gesetzlichen Anforderungen (einheitlicher Tarif für Mann und Frau, keine Risikozuschläge nach Gesundheitszustand) ist mit einer monatlichen Prämie von 40 bis 50 DM zu rechnen.

Die Kosten der Eigenvorsorge sind grundsätzlich von den Vorsorgepflichtigen zu tragen.

Bei heute rd. 16 Mio. Personen zwischen 45 und 65 Jahren folgt hieraus ein jährliches Finanzvolumen von rd. 9 Mrd. DM. Die aus sozialen Gründen erforderliche Prämienentlastung bzw. -übernahme führt zu einer Nettobelastung von rd. 6,8 Mrd. DM. In der Anlaufphase werden aus den Prämien vor allem die zur Bewältigung der demographisch bedingten Probleme benötigten Rückstellungen gebildet. Hierbei entstehende Erträge sollen im wesentlichen der Prämienentlastung oder Leistungsverbesserung dienen (vgl. §§ 6, 7 PflegeVG).

*2. Prämienentlastung*

Die aus sozialstaatlichen Gründen erforderliche Prämienentlastung erfolgt im wesentlichen durch direkte Prämienzuschüsse, aber auch durch die Anerkennung als Sonderausgaben.

a) Prämienzuschuß

Ausgangsdaten

(1) Nach der Volkszählung 1987 sind rd. 26 % der Bevölkerung zwischen 45 und 65 Jahre alt.

2) Bezogen auf die Einwohnerzahl am 31. Dezember 1988 sind dies rd. 16. 046. 000 Personen.

(3) Nach der Volkszählung 1987 sind rd. 50 % der Bevölkerung verheiratet; für die Berechnung wird dieser Prozentsatz für die Gruppe der 45 bis 65jährigen in Anlehnung an Mikrozensuserhebungen mit 75 % geschätzt.

(4) Nach den umgerechneten Ergebnissen der Einkommensteuerstatistik 1983 haben im Jahr 1990
- bei den nach der Grundtabelle Besteuerten 61, 1 % der Steuerpflichtigen ein zu versteuerndes Einkommen unter 26. 000 DM (19. 000 DM Einkommensgrenze und 7. 000 DM Steuern und Vorsorgeaufwendungen)
- bei den nach der Splittingtabelle Besteuerten 63, 3 % der Steuerpflichtigen ein zu versteuerndes Einkommen unter 50.000 DM (27.000 DM Einkommensgrenze, 9.200 DM Einkommensgrenze für ein Kind und 13.800 DM Steuern und Vorsorgeaufwendungen)

(5) Der unter 4. genannte Prozentsatz dürfte für die Gruppe der 45 bis 65 Jahre alten Ledigen, Verwitweten und Geschiedenen zu hoch sein, weil das durchschnittliche zu versteuernde Einkommen z. B. durch Berufsanfänger und Ferienarbeiter stark beeinflußt ist. Der ausgewiesene Prozentsatz wird deshalb um rd. 1/3 auf 40 % reduziert. Der unter 4. ausgewiesene Satz für die verheirateten Steuerpflichtigen dürfte wegen der beim zum versteuernden Einkommen enthaltenen negativen Einkünfte ebenfalls zu hoch sein. Er wird deshalb auf 50 % reduziert.

Kostenschätzung bei Einkommensgrenzen

Einkommensgrenzen siehe § 11 PflegeVG

| | Splitting | Grundtabelle |
|---|---|---|
| 45 bis 65 Jährige | 12.034.50 | 4.011.500 |
| davon unter den Einkommensgrenzen: | | |
| - absolut | 6.017.250 | 1.604.600 |
| - in v.H. | 50 | 40 |
| Kosten je Fall in DM (ohne Staffelung) | 200 | 200 |
| Kosten je Gruppe in Mrd.DM | 1,203 | 0,321 |
| Kosten des Prämienzuschusses je Einkommensgrenze in Mrd. DM | | 1,524 |

b) Anerkennung als Sonderausgaben

| | |
|---|---|
| Zusätzliche Kosten, wenn die nicht vom Prämienzuschuß gedeckten Versicherungsbeiträge als Sonderausgaben geltend gemacht werden können | |
| Geschätzte Zahl der Fälle (1/3 bei den Splittingfällen) | 4.011.500 |
| Geschätzte zusätzliche Sonderausgabenauswirkung je Fall in DM | 200 |
| Unterstellter Grenzsteuersatz in v.H. | 30 |
| Steuermindereinnahmen in Mrd. DM | 0,241 |

c) Gesamtkosten der Prämienentlastung

Bei Inkrafttreten des Gesetzes ergibt sich damit insgesamt eine Prämienentlastung durch

| | |
|---|---|
| Prämienzuschuß | 1,524 Mrd. DM |
| Sonderausgaben | 0,241 Mrd. DM |
| Gesamt | 1,765 Mrd. DM |

Die Kosten der Prämienentlastung trägt der Bund.

*3. Prämienübernahme*

Bei unzureichendem Einkommen wird die Prämienzahlung vom Sozialhilfeträger, bei Arbeitslosigkeit von der Bundesanstalt für Arbeit übernommen.

a) Prämienübernahme durch die Sozialhilfeträger
Hilfe zum Lebensunterhalt erhielten 1987 Personen im vorsorgepflichtigen Alter

| | |
|---|---|
| 45 - 50 Jahre | 166.389 |
| 50 - 60 Jahre | 170.154 |
| 60 - 65 Jahre | 59.843 |
| | 396.359 |

Korrektur (+ Dunkelziffer, + Grenzfälle, - kumulative Fallzählung)

rd. 500.000 Fälle.

In einem Drittel der Fälle erfolgt zugleich ein Bezug von Leistungen der Bundesanstalt für Arbeit, verbleiben

rd. 334.000 Fälle der Prämienübernahme.

Bei einer durchschnittlichen Monatsprämie von 47 DM folgen hieraus jährliche Ausgaben von rd. 0,188 Mrd. DM für die Sozialhilfeträger.

b) Prämienübernahme durch die Bundesanstalt für Arbeit

Im September 1988 erhielten Personen im vorsorgepflichtigen Alter Leistungen der Bundesanstalt für Arbeit

| | |
|---|---|
| 45 - 50 Jahre | 138.709 |
| 50 - 55 Jahre | 151.160 |
| 55 - 60 Jahre | 188.185 |
| 60 - 65 Jahre | 46.387 |
| | 524.441 |

Schätzungsweise 5 % der Leistungsempfänger erhalten Leistungen, die über den Einkommensgrenzen des Bundeskindergeldgesetzes liegen, verbleiben

rd. 500.000 Fälle der Prämienübernahme.

Bei einer durchschnittlichen Monatsprämie von 47 DM folgen hieraus jährliche Ausgaben von rd. 0,28 Mrd. DM für die Bundesanstalt für Arbeit, die vom Bund erstattet werden.

*4. Verfahrenskosten*

Bei einem Prämienaufkommen von rd. 9 Mrd. DM pro Jahr werden Verfahrens- und Verwaltungskosten von 6 % angesetzt.

Dies sind 0,54 Mrd. DM pro Jahr.

Von diesen 0,54 Mrd. DM entfallen

- 50 % auf die Versicherungsunternehmen für Prämieneinzug, Prämienentlastungsverfahren, Leistungsgewährung, die im Tarif berücksichtigt werden,
- 5 % auf die Sozialhilfeträger für Prämienübernahme,
- 5 % auf die Bundesanstalt für Arbeit für Prämienübernahme, die vom Bund erstattet werden,
- 10 % auf den Ausgleichsfonds für das Prämienentlastungsverfahren, die vom Bund erstattet werden und
- 30 % für Melde- und Überwachungsverfahren sowie die ersatzweise Versicherung durch die zuständige Behörde (Sozialbehörde).

## II. Übergangsregelung

Für die Zeit bis zur vollen Wirkung der Eigenvorsorge soll von der gesetzlichen Krankenversicherung auch im stationären Bereich eine Pflegehilfe als laufende Geldleistung von monatlich bis zu 750 DM gezahlt werden. Die Leistungen bei häuslicher Pflege sind bereits mit dem Gesundheits-Reformgesetz eingeführt und finanziert worden.

Die Zahl der krankenversicherten Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen über 65-jährigen in stationärer Versorgung wird heute auf rd. 200.000 geschätzt.

Hieraus ergibt sich ein Ausgabevolumen mit einer Obergrenze von 1,8 Mrd. DM pro Jahr.

Zur Finanzierung ist rechnerisch eine Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge um durchschnittlich 0,18 %-Punkte erforderlich.

Die Sozialhilfeträger werden bei einer durchschnittlichen Quote von 50 % Sozialhilfeempfängern im Pflegeheim um etwa 0,9 Mrd. DM pro Jahr entlastet.