97 Seiten

Bundesrat Drucksache 534/91

12.09.91

Gesetzesantrag

der Länder Bremen, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung einer Pflegeversicherung (Pflegeversicherungsgesetz - PflegeVersG)

A. Zielsetzung

Seit fast zwei Jahrzehnten wird in den alten Ländern der Bundesrepublik Deutschland über die soziale Sicherung der Pflegebedürftigen und ihrer Pflegepersonen diskutiert; nach wie vor ist dort das Risiko der Pflegebedürftigkeit unzureichend abgesichert. Trotz der neuen Leistungen der Krankenversicherung bei Schwerpflegebedürftigkeit erreicht die Bundesrepublik Deutschland nicht den Stand vergleichbarer europäischer Industriestaaten.

In den fünf neuen Ländern erhielten Pflegebedürftige ein nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffeltes Pflegegeld; bei Heimpflege übernahm der Staat die Kosten. Von Jugend an Schwerstbehinderte erhielten eine Invalidenrente nach Vollendung des 18. Lebensjahres; darüber hinaus wurde seit 1984 die Pflege eines ständig pflegebedürftigen Familienangehörigen als versicherungspflichtige Tätigkeit in der Rentenversicherung angerechnet. Mit dem Einigungsvertrag sind diese Leistungen ausgelaufen bzw. werden künftig ab einem Stichtag nicht mehr erbracht. Deshalb besteht auch für die Pflegebedürftigen in den neuen Ländern dringender Handlungsbedarf.

Auch für die dort lebenden Betroffenen wird künftig das gelten, was für die Situation der rd. 1,7 Mio Pflegebedürftigen in den alten Ländern, die zu Hause leben, heute schon charakteristisch ist. Die meisten Betroffenen und ihre Familien müssen mit dem Risiko Pflegebedürftigkeit allein zurecht kommen. Für den Ausgleich der mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen Belastungen werden sie in der Regel auf die Sozialhilfe verwiesen. Neben den Folgen für die Pflegebedürftigen selbst hat dies besonders Konsequenzen für ihre Angehörigen, die bei häuslicher Pflege die Hauptlast der Betreuung zu tragen haben. Dies betrifft vor allem Frauen. Besonders bei der Pflege von außergewöhnlich- oder Schwerstpflegebedürftigen müssen sie häufig auf eine eigene Erwerbstätigkeit verzichten. Sie sind nicht oder nur unzureichend in der Lage, eine eigene Altersicherung aufzubauen.

Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 13 63, Herderstraße 56, 5300 Bonn 2
Telefon (02 28) 36 35 51, Telefax (02 28) 36 12 75
ISSN 0720-2946

Keineswegs besser sieht es bei der stationären Pflege aus: Rd. 70 % der insgesamt rd. 450.000 meist älteren Heimbewohner sind allein deshalb Sozialhilfeempfänger bzw. werden es in den neuen Ländern künftig sein, weil sie pflegebedürftig sind. Dies gilt bei den heutigen hohen Pflegesätzen in Heimen selbst für solche Betroffene, die während ihres Erwerbslebens hohe Einkommen erzielt haben.

Das Abwälzen der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung bei der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit auf Familien und Sozialhilfeträger ist schon lange sozialpolitisch untragbar und überfordert die Leistungsfähigkeit der Familien. Zukünftig wird jedoch diese gravierende Lücke im System der sozialen Sicherung durch die gestiegene Lebenserwartung, den zunehmenden Anteil alter Menschen an der Gesamtbevölkerung und die veränderte Familienstruktur noch erheblich an Brisanz gewinnen. Pflegebedürftigkeit ist zu einem allgemeinen Lebensrisiko geworden, dessen Absicherung außerhalb der Sozialhilfe erfolgen muß.

Mit den im Gesundheitsreformgesetz eingeführten Leistungen der Krankenversicherung bei Schwerpflegebedürftigkeit hat der Gesetzgeber den dringenden Handlungsbedarf bei der Absicherung des Pflegefallrisikos anerkannt. Gleichwohl sind die heute im Leistungskatalog der Krankenversicherung enthaltenen Maßnahmen in keiner Weise geeignet, das allgemeine Lebensrisiko Pflegebedürftigkeit wirksam und in erforderlichem Umfang abzusichern.

So werden alle diejenigen Pflegebedürftigen von vorneherein von der Inanspruchnahme dieser Leistungen ausgeschlossen, die nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Die geforderten Vorversicherungszeiten schränken den anspruchsberechtigten Personenkreis weiter ein. Sozialpolitisch noch gravierender ist die fehlende Einbeziehung der Heimpflege. Damit bleiben Pflegebedürftige in Heimen auf Dauer auf die Sozialhilfe als Regelsicherung angewiesen. In der amubulanten Pflege ist der Leistungsumfang mit 25 Stunden Pflegehilfe im Monat oder alternativ 400 DM Pflegegeld viel zu gering, um die pflegenden Familien zu entlasten oder gar ihre Pflegebereitschaft zu erhöhen. Vor allem fehlt die rentenversicherungsrechtliche Absicherung der Pflegepersonen, um die mit der Pflege von Angehörigen verbundenen Einbußen bei der eigenen Alterssicherung zumindestens teilweise ausgleichen zu können.

Die Beschränkung auf die ambulante Pflege hat auch zur Folge, daß die Sozialhilfeträger so gut wie gar nicht entlastet werden. Dabei tragen diese gegenwärtig die Hauptlast der Pflegekosten. 1990 erreichten allein ihre Ausgaben für die Hilfe zur Pflege ein Volumen von 10 Mrd. DM; das waren rd. ein Drittel der Gesamtausgaben für Sozialhilfe. Diese einseitige finanzielle Verlagerung der Pflegekosten auf die Sozialhilfe ist ordnungspolitisch falsch, weil sie die Wahrnehmung der eigentlichen Aufgaben der Sozialhilfe als nachrangige Hilfe gefährdet. Sie überfordert die Finanzkraft der meisten Kommunen. Insbesondere in neuen Ländern würden die Finanzprobleme der Kommunen drastisch verschärft, wenn die Sozialhilfe unverändert die Regelsicherung im Pflegefall zu übernehmen hätte.

B. Lösung

Es besteht mittlerweile Einigkeit, daß eine grundlegende Reform der Sozialen Sicherung bei Pflegebedürftigkeit dringend erforderlich ist. Die Erfahrungen mit dem Gesundheitsreformgesetz haben gezeigt, daß eine solche Reform nicht in Teilschritten, sondern im Interesse aller Betroffenen nur als Gesamtlösung erfolgen kann.

Eine solche Gesamtkonzeption muß

- alle Pflegebedürftigen unabhängig von Alter, Ursache und Dauer der Pflegebedürftigkeit erfassen,
- in allen Pflegesituationen, also bei häuslicher und stationärer Pflege, eine bedarfsgerechte und ausreichende Versorgung sicherstellen,
- die Bereitschaft und Fähigkeit von Angehörigen zur Übernahme häuslicher Pflege stärken und
- die Sozialhilfeträger entlasten.

Zu diesem Zweck wird eine Pflegeversicherung als eigenständige Säule der Sozialversicherung geschaffen. Versicherungspflichtig werden grundsätzlich alle Einwohner, auch Selbständige und Beamte. Durchgeführt wird die Pflegeversicherung von den gesetzlichen Krankenkassen; Leistungen und Beiträge der Pflegeversicherung werden jedoch getrennt erfaßt und abgerechnet.

Nach dem vorgeschlagenen Leistungskatalog haben alle Pflegebedürftigen grundsätzlich ein Wahlrecht zwischen ambulanter und stationärer Pflege. Bei häuslicher Pflege erhalten alle mindestens erheblich pflegebedürftigen Personen ein nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffeltes Pflegegeld. Bei Vorliegen von außergewöhnlicher bzw. Schwerstpflegebedürftigkeit können die Betroffenen entweder dieses Pflegegeld oder eine häusliche Pflegehilfe durch Fachkräfte, ergänzt um ein gekürztes Pflegegeld in Anspruch nehmen. Pflegepersonen haben Anspruch auf Anerkennung dieser Zeiten in der Rentenversicherung, wenn sie wegen der Pflege von Angehörigen auf eine eigene Erwerbstätigkeit teilweise oder vollständig verzichten. Auch ein Unfallversicherungsschutz soll gewährleistet sein. Alle Leistungen betonen den Vorrang häuslicher Hilfe, der auch durch flankierende Maßnahmen, wie Wohnungshilfe, verstärkte Beratung und Übernahme von Fahr- und Transportkosten unterstützt wird.

Ist stationäre Pflege erforderlich, so übernimmt die Pflegeversicherung alle Pflegekosten. Die Kosten des Lebensunterhaltes, also die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, muß wie bei häuslicher Unterbringung der Versicherte selbst tragen. Aufgabe der öffentlichen Hand ist es, eine bedarfsgerechte Infrastruktur für Pflegebedürftige sicherzustellen, d.h. durch Übernahme der Investitionskosten für das entsprechende Angebot an Sozialstationen, Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen und Pflegeheimen zu sorgen. Durch die Entlastung der Sozialhilfeträger besteht hierfür auch finanzieller Spielraum.

C. Alternativen

Verzicht auf eine umfassende Neuregelung, d.h. keine Errichtung einer Gesetzlichen Pflegeversicherung als neue Säule der Sozialversicherung. Die dann möglichen Lösungen sind wie folgt zu bewerten: Ein Ausbau der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Pflegefall würde nur die dort Versicherten erfassen und Gutverdienende, Beamte und Selbständige aus der Solidargemeinschaft entlassen. Die Beitragsbelastung der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung würde sich deutlich erhöhen. Zudem wird auch nicht der Tatsache Rechnung getragen, daß Pflegebedürftigkeit ein eigenes Lebens- risiko beinhaltet, daß umfassend neben Krankheit abgesichert werden muß.

Die Sicherstellung der im Pflegefall erforderlichen Hilfen durch ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz ist angesichts der besonderen finanziellen Belastungen, die die öffentliche Hand wegen des Aufbaues in den fünf neuen Bundesländern zu tragen hat, auf absehbare Zeit nicht durchsetzbar.

Es ist ferner nicht möglich, die soziale Absicherung der Pflegebedürftigen einer freiwilligen oder gesetzlich vorgeschriebenen Privatversicherung zu überlassen. So belegen alle bisherigen Erfahrungen, daß nur ein Bruchteil der Bevölkerung eine freiwillige Versicherung abschließt. Auch durch eine evtl. steuerliche Förderung kann die erforderliche Absicherung der Gesamtbevölkerung nicht erreicht werden.

Auch eine private Pflichtversicherung ist keine sozialpolitisch akzeptable Lösung. Bei einem solchen Modell bleibt vor allem ungelöst, wie ein hinreichender Versicherungsschutz zu akzeptablen Beiträgen für die heute bereits Pflegebedürftigen und die pflegenahen Jahrgänge erreicht werden soll. Bis weit ins nächste Jahrtausend bliebe die Sozialhilfe die faktische Absicherung gegen Pflegebedürftigkeit. Auch ein Solidarausgleich und eine familiengerechte Beitragsgestaltung ist bei einer Privatversicherung nicht möglich. Dies führt vor allem für Bezieher niedriger Einkommen - und damit für viele Bürger der fünf neuen Länder - zu unvertretbaren Beitragsbelastungen. Die zum Ausgleich erforderliche soziale Flankierung der Beiträge würde zu erheblichem Verwaltungsaufwand bei der Überprüfung der Versicherungspflicht und des Einkommens führen.

Mit einer Privatversicherung sind auch der Ausbau und die Steuerung des Leistungsangebotes nicht erreichbar. Schließlich führt das der Privatversicherung immanente Kapitaldeckungsverfahren zu erheblichen Problemen: Sowohl die Kontrolle und Verwendung des angesammelten Kapitalstocks, der bereits nach 15 Jahren mehrere hundert Milliarden DM betragen würde, als auch seine volkswirtschaftlichen Auswirkungen auf Wachstum, Zinsniveau etc. sind völlig ungeklärt. Eine wirksame Absicherung des Pflegefallrisikos kommt deshalb nur im Rahmen der Sozialversicherung in Betracht.

D. Kosten

Die Kosten für die vorgesehenen Leistungen der Pflegeversicherung betragen ca. 25,7 Mrd. DM/Jahr.

Zur Deckung dieser Ausgaben ist ein Beitragssatz von 1,4 % erforderlich, der bei Beschäftigten zur Hälfte von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen werden soll. Selbständige tragen ihren Beitrag alleine. Bei Sozialleistungsempfängern übernimmt der jeweilige Leistungsträger die Hälfte des Beitrages. Minderjährige Kinder und Personen, die wegen Erziehung minderjähriger Kinder nicht erwerbstätig sind, werden beitragsfrei versichert.

Die Aufwendungen für die Rentenversicherung der Pflegepersonen werden auf 510 Mio DM im Zeitpunkt der Fälligkeit der Renten geschätzt und sind vom Bund zu tragen. Der Bund soll auch die Kosten der Unfallversicherung in Höhe von rd. 110 Mio DM übernehmen.

Die Kosten für den Ausbau der Infrastruktur, die von Ländern und Kommunen gemeinsam getragen werden, sind von der heute erreichten Versorgung abhängig und können deshalb nur auf Länderebene ermittelt werden. Zur Schaffung der Infrastruktur in den neuen Ländern ist eine Anschubfinanzierung erforderlich, deren Höhe noch nicht quantifiziert werden kann.

Es ergeben sich folgende Einsparungen:

Die Sozialhilfeträger in den alten Ländern der Bundesrepublik werden um ca. 6,5 Mrd. DM entlastet. Die Entlastung in den neuen Ländern ist noch nicht quantifizierbar.

Bei den gesetzlichen Krankenkassen ist mit einer Einsparung in Höhe der heutigen Leistungen nach den §§ 53 - 57 SGB V zu rechnen; nach den Schätzungen der Bundesregierung bei Einführung dieser Leistungen sind dies rd. 5,1 Mrd. DM/Jahr.

Bundesrat **Drucksache 534/91**

12.09.91

Gesetzesantrag

der Länder Bremen, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung einer Pflegeversicherung (Pflegeversicherungsgesetz - PflegeVersG)

DER MINISTERPRÄSIDENT DES LANDES
- NORDRHEIN WESTFALEN - Düsseldorf, den 11. September 1991

An den
Präsidenten des Bundesrates

Namens der Regierungen der Länder Bremen, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und des Saarlandes übermittle ich den als Anlage mit Begründung beigefügten

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung einer Pflegeversicherung (Pflegeversicherungsgesetz - PflegeVersG)

mit dem Antrag, seine Einbringung beim Deutschen Bundestag zu beschließen.

Ich bitte, den Gesetzentwurf gemäß § 36 Abs. 2 der Geschäftsordnung in die Tagesordnung der Bundesratsplenarsitzung am 27. September 1991 aufzunehmen.

Rau

Anlage

Entwurf eines Gesetzes
zur Einführung einer Pflegeversicherung
(Pflegeversicherungsgesetz - PflegeVersG)

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

ERSTER TEIL
ERGÄNZUNG UND ÄNDERUNG DES SOZIALGESETZBUCHES

Artikel 1 (Sozialgesetzbuch (SGB) Siebtes Buch (VII) Gesetzliche Pflegeversicherung
Artikel 2 Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 3 Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 5 Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

ZWEITER TEIL
ÄNDERUNG ANDERER VORSCHRIFTEN

Artikel 6 Reichsversicherungsordnung
Artikel 7 Bundessozialhilfegesetz
Artikel 8 Heimgesetz
Artikel 9 Sozialgerichtsgesetz
Artikel 10 Wohngeldgesetz
Artikel 11 Bundesausbildungsförderungsgesetz

DRITTER TEIL
ÜBERGANGS- UND SCHLUßVORSCHRIFTEN

Artikel 12 Befreiung von der Versicherungspflicht
Artikel 13 Anschubfinanzierung
Artikel 14 Inkrafttreten

ERSTER TEIL
ERGÄNZUNG UND ÄNDERUNG DES SOZIALGESETZBUCHES

Artikel 1
Sozialgesetzbuch (SGB)
Siebtes Buch (VII)
Gesetzliche Pflegeversicherung

Inhaltsübersicht

Erstes Kapitel
Allgemeine Vorschriften

§ 1 Aufgabe der Versicherung
§ 2 Personenkreis
§ 3 Vorrang häuslicher Pflege
§ 4 Grundsätze der Leistungserbringung
§ 5 Sicherstellung der Versorgung

Zweites Kapitel
Versicherter Personenkreis

§ 6 Versicherungspflicht
§ 7 Versicherungsfreiheit
§ 8 Freiwillige Versicherung

Drittes Kapitel
Leistungen

§ 9 Übersicht über die Leistungen der Pflegeversicherung
§ 10 Leistungsberechtigte
§ 11 Häusliche Pflegehilfe
§ 12 Pflegegeld
§ 13 Ersatzpflege und Kurzzeitpflege
§ 14 Tagespflege
§ 15 Beratung und Hilfe
§ 16 Wohnungshilfen

§ 17 Fahr- und Transportkosten
§ 18 Stationäre Pflege
§ 19 Verfahren
§ 20 Verhältnis zu Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften

Viertes Kapitel
Beziehungen der Träger der Pflegeversicherung zu den Leistungserbringern

§ 21 Grundsatz
§ 22 Pflegerische Versorgung
§ 23 Landespflegeverträge
§ 24 Versorgungsverträge
§ 25 Landesschiedsstelle
§ 26 Eigene Leistungserbringung
§ 27 Pflegekonferenzen

Fünftes Kapitel
Organisation

§ 28 Träger der Versicherung
§ 29 Satzung, Organe
§ 30 Zuständigkeit
§ 31 Meldung
§ 32 Verwaltungskosten

Sechstes Kapitel
Finanzierung

Erster Abschnitt
Beiträge

§ 33 Grundsatz
§ 34 Beitragsbemessungsgrundlage für Pflichtversicherte
§ 35 Beitragsbemessungsgrundlage für freiwillig Versicherte
§ 36 Verteilung der Beitragslast

Zweiter Abschnitt
Zahlung der Beiträge

§ 37 Grundsatz
§ 38 Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt
§ 39 Beitragszahlung aus Renten der Renten- und Unfallversicherung
§ 40 Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen
§ 41 Beitragszahlung aus Sozialleistungen
§ 42 Beitragszahlung der Studenten
§ 43 Beitragseinzug

Dritter Abschnitt
Haushalts- und Rechnungswesen, Finanzausgleich

§ 44 Haushalts- und Rechnungswesen
§ 45 Verwendung und Verwaltung der Mittel
§ 46 Finanzausgleich

Artikel 1

Sozialgesetzbuch (SGB)
Siebtes Buch (SGB VII)

Gesetzliche Pflegeversicherung

Erstes Kapitel

Allgemeine Vorschriften

§ 1
Aufgabe der Versicherung

(1) Aufgabe der Pflegeversicherung ist es, Pflegebedürftigen die Führung eines selbstbestimmten Lebens zu ermöglichen oder zu erleichtern und die Bereitschaft von Pflegepersonen zur Betreuung und Pflege von Pflegebedürftigen zu stärken. Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen dazu beitragen, die bei Pflegebedürftigkeit entstehenden persönlichen und wirtschaftlichen Belastungen zu verringern.

(2) Durch aktivierende und rehabilitierende Pflege soll Pflegebedürftigkeit überwunden oder soweit wie möglich verringert werden. Der Pflegebedürftige soll dabei nach Kräften mitwirken.

§ 2
Personenkreis

(1) Erheblich pflegebedürftig sind Personen, die infolge von Behinderung so hilflos sind, daß sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens einschließlich der hauswirtschaftlichen Versorgung dauernd in erheblichem Umfang der Betreuung und Hilfe bedürfen.

(2) Außergewöhnlich pflegebedürftig sind Personen, die die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllen und darüber hinaus dauernd bettlägerig sind oder in vergleichbarem Umfang der Betreuung und Pflege bedürfen.

(3) Schwerstpflegebedürftig sind Personen, die die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllen und darüber hinaus der ständigen intensiven Betreuung und Pflege bedürfen.

(4) Pflegepersonen sind Personen, die Betreuung und Pflege für einen Pflegebedürftigen nach den Absätzen 1 bis 3 dauernd und nicht erwerbsmäßig übernehmen.

(5) Der für die gesetzliche Pflegeversicherung zuständige Bundesminister hat mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung Vorschriften zur näheren Bestimmung des Personenkreises der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen zu erlassen.

§ 3
Vorrang häuslicher Pflege

Die Träger der Pflegeversicherung sollen darauf hinwirken, daß die Betreuung und Pflege des Pflegebedürftigen in häuslicher Umgebung durchgeführt werden kann.

§ 4
Grundsätze der Leistungserbringung

(1) Versicherte haben ein Wahlrecht zwischen häuslicher und dauerhafter stationärer Pflege.

(2) Wünschen der Versicherten, die sich auf die Gestaltung der Hilfe richten, soll im Rahmen der Möglichkeiten und unter Beachtung von Absatz 5 entsprochen werden.

(3) Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre Vielfalt, insbesondere die Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege zu beachten. Den weltanschaulichen Bedürfnissen der Versicherten ist Rechnung zu tragen.

(4) Versicherte haben die freie Wahl unter den Leistungserbringern, mit denen Versorgungsverträge nach § 24 abgeschlossen sind, und den Einrichtungen nach § 26.

(5) Die Träger der Pflegeversicherung, die Leistungserbringer und die Versicherten haben darauf zu achten, daß die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

(6) Leistungen werden nur im Inland erbracht.

§ 5
Sicherstellung der Versorgung

(1) Die Länder stellen Bedarfspläne für die ambulante und stationäre Versorgung auf. Sie regeln die Finanzierung des bedarfsgerechten Ausbaus und die Mitwirkung der Gemeinden und Gemeindeverbände bei der Aufstellung der Bedarfspläne.

(2) Die Träger der Pflegeversicherung haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung bei ambulanter und stationärer Pflege sicherzustellen, soweit durch Landesrecht nichts anderes bestimmt ist.

Zweites Kapitel

Versicherter Personenkreis

§ 6
Versicherungspflicht

Versicherungspflichtig sind alle Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben. Dies gilt auch für Personen, die keinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn sie eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ausüben.

§ 7
Versicherungsfreiheit

Versicherungsfrei sind Personen, die erstmalig nach Vollendung des 55. Lebensjahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland nehmen.

§ 8
Freiwillige Versicherung

Versicherte, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in das Ausland verlegen, können die Versicherung freiwillig fortsetzen. Sie haben dies dem zuständigen Träger innerhalb von drei Monaten anzuzeigen. Die Versicherung endet, wenn für drei aufeinanderfolgende Monate die fälligen Beiträge nicht entrichtet wurden.

Drittes Kapitel

Leistungen

§ 9
Übersicht über die Leistungen

Leistungen nach diesem Gesetz sind:

1. Häusliche Pflegehilfe (§ 11)
2. Pflegegeld (§ 12)
3. Ersatzpflege und Kurzzeitpflege (§ 13)
4. Tagespflege (§ 14)
5. Beratung und Hilfe (§ 15)
6. Wohnungshilfen (§ 16)
7. Fahr- und Transportkosten (§ 17)
8. Stationäre Pflege (§ 18)

§ 10
Leistungsberechtigte

Leistungsberechtigt sind Versicherte, die während der letzten fünf Jahre vor der Antragstellung ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hatten. Bei im Inland geborenen Versicherten entfällt diese Wartezeit, sofern ununterbrochen ein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Inland bestand. Zeiten einer freiwilligen Versicherung stehen dem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland gleich.

§ 11
Häusliche Pflegehilfe

(1) Versicherte, die außergewöhnlich pflegebedürftig oder schwerstpflegebedürftig sind, haben Anspruch auf häusliche Pflegehilfe. Erheblich Pflegebedürftige können in besonders begründeten Einzelfällen häusliche Pflegehilfe erhalten.

(2) Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht und soll die Pflege und Versorgung pflegebedürftiger Versicherter im Haushalt unterstützen. Sie ist darauf auszurichten, daß stationäre Pflege vermieden wird und umfaßt die im Einzelfall notwendige Grundpflege, die aktivierende und rehabilitierende Pflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

(3) Pflegebedürftige Versicherte nach Absatz 1 haben Anspruch auf bis zu 60 Pflegeeinsätze je Kalendermonat von bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz. Die Aufwendungen dürfen im Einzelfall 1.800 DM je Kalendermonat nicht übersteigen. Sie verändern sich jeweils um den Vomhundertsatz, um den sich die Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches verändert. In besonders begründeten Einzelfällen können weitere Pflegeeinsätze bewilligt werden.

(4) Der Anspruch nach Absatz 1 entfällt, soweit ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht.

§ 12
Pflegegeld

(1) Versicherte, die erheblich pflegebedürftig sind, haben Anspruch auf ein Pflegegeld in Höhe von 500 DM je Kalendermonat.

(2) An Stelle von häuslicher Pflegehilfe haben Versicherte Anspruch auf ein Pflegegeld von 1.200 DM bei außergewöhnlicher Pflegebedürftigkeit und 1.500 DM bei Schwerstpflegebedürftigkeit je Kalendermonat.

(3) Versicherte, die häusliche Pflegehilfe, Tagespflege oder häusliche Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches erhalten, haben Anspruch auf ein Pflegegeld in Höhe von einem Drittel der Beträge nach den Absätzen 1 oder 2.

(4) Das Pflegegeld verändert sich jeweils um den Vomhundertsatz, um den sich die Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches verändert.

(5) Bei stationärer Pflege und Krankenhauspflege besteht kein Anspruch auf Pflegegeld.

§ 13
Ersatzpflege und Kurzzeitpflege

(1) Kann bei häuslicher Pflege die Betreuung und Pflege des Versicherten wegen Erholungsurlaubs oder anderweitiger Verhinderung der Pflegeperson zeitweise nicht erbracht werden, besteht auf Antrag des Versicherten Anspruch auf Ersatzpflege im erforderlichen Umfang. Daneben werden häusliche Pflegehilfe und Pflegegeld nicht gewährt.

(2) Ist Ersatzpflege nicht im erforderlichen Umfang möglich, wird Kurzzeitpflege erbracht. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Leistungen nach Absatz 1 und 2 können zusammen längstens für 30 Kalendertage je Kalenderjahr in Anspruch genommen werden.

§ 14
Tagespflege

An Stelle von häuslicher Pflegehilfe haben Versicherte Anspruch auf Tagespflege, wenn dies wegen der Berufstätigkeit der Pflegeperson oder zur Durchführung aktivierender oder rehabilitierender Pflege oder in besonderen Notlagen erforderlich ist. Der Anspruch besteht auch ergänzend zu häuslicher Pflegehilfe, soweit die Aufwendungen insgesamt den in § 11 Absatz 3 genannten Umfang nicht übersteigen.

§ 15
Beratung und Hilfe

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

§ 16
Wohnungshilfen

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Hilfe bei der Beschaffung oder Erhaltung einer ihren besonderen Bedürfnissen entsprechenden Wohnung.

(2) Sofern die Wohnverhältnisse die Pflege im häuslichen Bereich erheblich erschweren oder unmöglich machen, sollen Hilfen zu den Kosten eines Umzuges oder erforderlicher Umbaumaßnahmen gewährt werden.

(3) Hilfen nach den Absätzen 1 und 2 kommen insbesondere in Betracht, wenn dadurch

1. eine Pflege außerhalb von Einrichtungen oder

2. die Rückführung aus einer Einrichtung ermöglicht wird,

3. den Wünschen des Pflegebedürftigen nach Aufnahme in den Haushalt der Pflegeperson entsprochen werden kann.

Im Fall der Nummer 3 kann die Hilfe mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch an die Pflegeperson geleistet werden.

(4) Wird der Pflegebedürftige voraussichtlich nur für kurze Dauer stationär gepflegt, werden die Kosten für den Erhalt der Wohnung für längstens sechs Monate in angemessenem Umfang übernommen.

(5) Der für die Pflegeversicherung zuständige Bundesminister regelt im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau das Nähere über die Durchführung der Absätze 1 und 2 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.

§ 17
Fahr- und Transportkosten

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Übernahme der im Zusammenhang mit der Gewährung von Tages- und Kurzzeitpflege erforderlichen Fahr- und Transportkosten. Diese Kosten werden auch für eine notwendige Begleitperson übernommen. § 60 Abs. 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

§ 18
Stationäre Pflege

(1) An Stelle der Leistungen nach den §§ 11 bis 14 haben Versicherte, die außergewöhnlich oder schwerstpflegebedürftig sind, Anspruch auf stationäre Pflege. Erheblich Pflegebedürftige haben Anspruch auf stationäre Pflege, wenn häusliche Pflege nicht möglich oder dem Pflegebedürftigen nicht zumutbar ist.

(2) Stationäre Pflege wird als Sachleistung in Heimen gewährt. Sie umfaßt alle Leistungen, die zur Betreuung und Pflege im Einzelfall erforderlich sind, Grundpflege, aktivierende und rehabilitierende Pflege sowie Pflegehilfsmittel.

(3) Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung hat der Versicherte zu tragen. Die Abgrenzung zu pflegebedingten Kosten und Investitionskosten regelt der für die Pflegeversicherung zuständige Bundesminister durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. Hierbei können die Kostenteile pauschaliert werden; unterschiedliche Qualitätsstandards sind zu berücksichtigen.

§ 19
Verfahren

(1) Die Leistungen nach diesem Gesetz werden auf Antrag vom Beginn des Antragsmonats an gewährt, frühestens jedoch ab dem Monat, in dem die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

(2) Die Träger der Pflegeversicherung haben durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen, ob und in welchem Umfang Pflegebedürftigkeit vorliegt. Dabei sollen Pflegefachkräfte beteiligt und die Möglichkeiten aktivierender und rehabilitierender Pflege berücksichtigt werden.

(3) Die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes erfolgt in der Regel aufgrund einer Untersuchung des Versicherten in seiner häuslichen Umgebung. Sie soll Vorschläge über Art und Umfang der Leistung enthalten.

(4) Der Träger hat in angemessenen Zeitabständen zu prüfen, ob die gewährten Leistungen noch dem Umfang der Pflegebedürftigkeit entsprechen.

§ 20
Verhältnis zu Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften

Ansprüche auf gleichartige Leistungen gegen einen Leistungsträger nach den §§ 21 bis 23, 24 und 29 des Ersten Buches, nach dem 5. Abschnitt des Lastenausgleichsgesetzes sowie nach dem 5. Abschnitt des Beamtenversorgungsgesetzes gehen den Leistungen nach diesem Gesetz vor.

Viertes Kapitel

Beziehungen der Träger der Pflegeversicherung zu den Leistungserbringern

§ 21
Grundsatz

Die Träger der Pflegeversicherung und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.
Die §§ 70 und 71 des Fünften Buches gelten entsprechend.

§ 22
Pflegerische Versorgung

(1) Die Träger der Pflegeversicherung und die Leistungserbringer wirken zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Versicherten eng zusammen. Das Nähere regeln sie in schriftlichen Verträgen.

(2) Die pflegerische Versorgung umfaßt insbesondere
1. häusliche Pflegehilfe,
2. Ersatzpflege und Kurzzeitpflege,
3. Tagespflege,
4. Beratung und Hilfe,
5. Fahr- und Transportleistungen,
6. stationäre Pflege,
7. Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die die Träger der Pflegeversicherung oder der Medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen.

(3) Bei der stationären Pflege umfaßt die pflegerische Versorgung ausschließlich die Sachleistungen nach § 18 Abs. 2.

§ 23
Landespflegeverträge

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam schließen einheitliche Verträge auf Landesebene über die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Versicherten mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interesse gebildeten maßgeblichen Landesorganisationen der Leistungserbringer.

(2) Die Verträge regeln insbesondere

1. die allgemeinen Bedingungen der pflegerischen Versorgung einschließlich der Kostenübernahme und der Abrechnung der Leistungen,
2. die persönlichen Voraussetzungen, die die Leistungserbringer für den Abschluß von Versorgungsverträgen nach § 24 erfüllen müssen,
3. die personelle und technische Ausstattung der ambulanten Dienste und stationären Einrichtungen, soweit dies nicht durch Gesetz geregelt ist,
4. Art, Inhalt und Umfang der Leistungen,
5. einheitliche Qualitätserfordernisse und Maßnahmen der Qualitätssicherung,
6. die Überwachung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung,
7. die Anforderungen an die Aufzeichnungen der Leistungserbringer sowie an ihre Rechnungsführung und Rechnungslegung,
8. die Aufbereitung und Übermittlung der erforderlichen statistischen Daten.

(3) Kommt ein Vertrag ganz oder teilweise nicht zustande, setzt ihn auf Antrag einer Vertragspartei die Landesschiedsstelle nach § 25 fest. Gekündigte Verträge gelten bis zur Neufestsetzung weiter.

(4) Kommt ein Vertrag nach den Absätzen 1 bis 3 innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten des Gesetzes ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt durch Rechtsverordnung der Landesregierung bestimmt.

(5) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer können gemeinsame Empfehlungen zu den Verträgen nach den Absätzen 1 und 2 vereinbaren.

§ 24
Versorgungsverträge

(1) Die Träger der Pflegeversicherung dürfen Leistungen der pflegerischen Versorgung nur von Personen, Einrichtungen und Unternehmen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht. Bei deren Auswahl gilt § 4 Abs. 3.

(2) Versorgungsverträge über Leistungen der stationären Pflege nach § 18 Abs. 2 können nur mit solchen Einrichtungen abgeschlossen werden, die in den Bedarfsplan nach § 5 Abs. 1 aufgenommen sind. Mit Genehmigung der zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes können auch mit anderen stationären Pflegeeinrichtungen Versorgungsverträge abgeschlossen werden.

(3) Für Fahr- und Transportleistungen gilt § 133 des Fünften Buches entsprechend.

(4) Der Inhalt des Landespflegevertrages ist Bestandteil des Versorgungsvertrages. Darüber hinaus bestimmt der Versorgungsvertrag Art, Inhalt und Umfang der Leistungen im einzelnen und regelt ihre Vergütung. Die Vergütung soll angemessen sein. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten. Die Vergütung kann pauschaliert werden. Werden Preise für einzelne Leistungen vereinbart, so sind diese Preise Höchstpreise.

(5) Besondere regionale Verhältnisse in der pflegerischen Versorgung sind zu berücksichtigen. Das gilt auch für die Vereinbarung der Vergütungen.

(6) Kann eine angemessene Vergütung nicht vereinbart werden, so entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 25 über den Inhalt der Versorgungsverträge.

§ 25
Landesschiedsstelle

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und die Landesorganisationen der Leistungserbringer nach § 23 Abs. 1 bilden für jedes Land eine Schiedsstelle. Diese entscheidet in den ihr nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben.

(2) Die Landesschiedsstelle besteht aus Vertretern der Krankenversicherung und der Leistungserbringer in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und 2 weiteren unparteiischen Mitgliedern. § 114 Abs. 2 bis 4 des Fünften Buches gelten entsprechend.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen.

§ 26
Eigene Leistungserbringung

(1) Die Träger der Pflegeversicherung können Leistungen nach diesem Gesetz selbst erbringen, soweit die pflegerische Versorgung nicht auf andere Weise sichergestellt ist oder sofern die Grundsätze der wirtschaftlichen Leistungserbringung und der Beitragssatzstabilität gefährdet sind.

(2) Sie können die Hilfe zum Erwerb von Fertigkeiten für die eigenständige Durchführung der Pflege durch geeignetes angestelltes Personal gewährleisten.

§ 27
Pflegekonferenzen

(1) In den Ländern werden Landes-, in den Regionen regionale Pflegekonferenzen gebildet. Sie sind Arbeitsgemeinschaften, für die § 94 Abs. 2 bis 4 des Zehnten Buches entsprechend gilt.

(2) In den Pflegekonferenzen wirken alle an der pflegerischen Versorgung der Versicherten maßgeblich Beteiligten zusammen.

(3) Die Landespflegekonferenz entwickelt mit dem Ziel einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen ambulanten und stationären Versorgung der Versicherten und einer ausgewogenen Verteilung der Belastungen

1. pflegerische und wirtschaftliche Orientierungsdaten,

2. Vorschläge zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Versorgungssystems

3. Empfehlungen zu den Bedarfsplänen nach § 5 Abs. 1.

Auf der Grundlage der Orientierungsdaten sind die einzelnen Versorgungsbereiche nach der Vorrangigkeit ihrer Aufgaben zu bewerten, Über- und Unterversorgung festzustellen sowie Möglichkeiten zum Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen.

(4) Die Landespflegekonferenz gibt Empfehlungen zu den einzelnen Versorgungsbereichen ab, auch über die Veränderung der Vergütungen. § 141 Abs. 2 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(5) Die regionalen Pflegekonferenzen fördern die enge Zusammenarbeit der Träger der Pflegeversicherung mit den Leistungserbringern und der Leistungserbringer untereinander. Ihnen obliegt die Planung, Abstimmung und Koordinierung des regionalen Leistungsangebots einschließlich der allgemeinen Aufklärung und Beratung unter Beachtung der Beschlüsse und Empfehlungen der Landespflegekonferenz sowie des Landespflegeplanes.

(6) Das Nähere über die Zusammensetzung der Pflegekonferenzen, die Berufung der Vertreter der maßgeblich Beteiligten, den Vorsitz, die Geschäftsführung, die Abgrenzung der Regionen und die Wahrnehmung der Aufgaben regelt die nach Landesrecht zuständige Stelle.

Fünftes Kapitel
Organisation

§ 28
Träger der Versicherung

(1) Träger der Pflegeversicherung sind die Krankenkassen. § 4 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(2) Die Landesverbände und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die ihnen nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen. Die §§ 211, 217 des Fünften Buches gelten entsprechend.

§ 29
Satzung, Organe

(1) Die Satzung des Trägers der Pflegeversicherung ist die Satzung der Krankenkasse. Sie ist um die für die Pflegeversicherung erforderlichen Bestimmungen zu ergänzen.

(2) Die Organe des Trägers der Pflegeversicherung sind die Organe der Krankenkasse.

§ 30
Zuständigkeit

(1) Für Versicherte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, ist Träger der Pflegeversicherung die Krankenkasse, der sie angehören.

(2) Versicherte, bei denen die Voraussetzungen des Absatz 1 nicht vorliegen, können wählen, welcher Krankenkasse als Träger der Pflegeversicherung sie angehören wollen. Treffen sie keine Wahl, so ist die Allgemeine Ortskrankenkasse zuständig, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat.

§ 31
Meldung

Alle Versicherten sind zur Anmeldung bei der für sie zuständigen Krankenkasse verpflichtet. Die §§ 28 a bis 28 c des Vierten Buches finden entsprechende Anwendung. Die Anmeldung zur gesetzlichen Krankenversicherung schließt die Anmeldung zur Pflegeversicherung ein.

§ 32
Verwaltungskosten

Die Krankenkasse trägt die Verwaltungskosten, die ihr bei der Durchführung dieses Gesetzes entstehen, aus dem Haushalt der Pflegeversicherung.

Sechstes Kapitel
Finanzierung

Erster Abschnitt
Beiträge

§ 33
Grundsatz

(1) Die Mittel für die Pflegeversicherung werden durch Beiträge aufgebracht.

(2) Die Beiträge werden nach einem Vomhundertsatz (Beitragssatz) von der Beitragsbemessungsgrundlage erhoben, die nur bis zur jeweiligen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt wird. Die Beitragsbemessungsgrenze entspricht der jeweils in der Rentenversicherung der Arbeiter geltenden Beitragsbemessungsgrenze.

(3) Der Beitragssatz ist so festzusetzen, daß die voraussichtlichen Beitragseinnahmen ausreichen, um die voraussichtlichen Ausgaben und die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage zu decken.

(4) Die Bundesregierung hat durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates im voraus für jedes Kalenderjahr den Beitragssatz zu bestimmen.

§ 34
Beitragsbemessungsgrundlage für Pflichtversicherte

(1) Beitragsbemessungsgrundlage ist die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen.

(2) Der Beitragsbemessung werden zugrundegelegt

1. bei Arbeitnehmern das Arbeitsentgelt (§ 14 Viertes Buch),
2. bei Beamten, Richtern und Soldaten die Besoldung,
3. bei Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Angehörigen ähnlicher Gemeinschaften die Geld- und Sachbezüge, die sie persönlich erhalten,
4. bei Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen, der Zahlbetrag der Rente,
5. bei Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf mit der Rente vergleichbare Einnahmen erfüllen, der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge (§ 229 Fünftes Buch),
6. bei Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung erfüllen, der Zahlbetrag der Rente, bei einer Verletztenrente insoweit, als er den Betrag übersteigt, der bei gleichem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit als Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz gezahlt würde,
7. bei Personen, die als Wehr- oder Zivildienstleistende versichert sind oder eine Verdienstausfallentschädigung nach dem Unterhaltssicherungsgesetz erhalten, der Zahlbetrag der Leistung,
8. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Unterhaltsgeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, der Zahlbetrag der Leistung,
9. bei Beziehern von Vorruhestandsgeld der Zahlbetrag des Vorruhestandsgeldes,
10. bei Künstlern und Publizisten das voraussichtliche Jahreseinkommen (§ 12 Künstlersozialversicherungsgesetz) und
11. bei selbständig Tätigen das Arbeitseinkommen (§ 15 Viertes Buch).

(3) Ergibt sich aus Absatz 2 keine Grundlage für die Beitragsberechnung, so bemißt sich der Beitrag nach dem Gesamteinkommen. Verfügt die Krankenkasse nicht über die hierfür erforderlichen Angaben, legt sie der Berechnung ein Gesamteinkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze zugrunde.

(4) Als beitragspflichtige Einnahmen gelten vorbehaltlich des Absatzes 6 für den Kalendertag mindestens der neunzigste Teil der monatlichen Bezugsgröße, auch wenn Einnahmen im Sinne des Absatzes 1 nicht vorhanden sind.

(5) Die §§ 227, 230, 231 und 238 des Fünften Buches gelten entsprechend.

(6) Pflegepersonen ohne beitragspflichtige Einnahmen im Sinne der Absätze 2 und 3 sind beitragsfrei versichert. Satz 1 gilt entsprechend für Personen, die mindestens ein Kind im Sinne von § 1 Abs. 1 und § 2 Abs. 1 Bundeskindergeldgesetz erziehen, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat sowie für minderjährige Kinder ohne beitragspflichtige Einnahmen.

§ 35
Beitragsbemessungsgrundlage für freiwillig Versicherte

Bei freiwillig Versicherten gilt für die Beitragsbemessung die im Durchschnitt der letzten zwölf Kalendermonate der Pflichtversicherung maßgebende Beitragsbemessungsgrundlage. Diese ändert sich jeweils zum 1. Juli in dem Verhältnis, in dem die für das laufende Kalenderjahr bestimmte Bezugsgröße zur Bezugsgröße des vorangegangenen Kalenderjahres steht.

§ 36
Verteilung der Beitragslast

(1) Die Beiträge werden getragen

1. bei Personen nach § 34 Abs. 2 Nr. 1 und 2 von den Versicherten und den Arbeitgebern je zur Hälfte, jedoch von den Arbeitgebern,

wenn die Versicherten ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres leisten oder wenn das monatliche Arbeitsentgelt ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nicht übersteigt; solange ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße den Betrag von 610 DM unterschreitet, ist dieser Betrag maßgebend,

2. bei Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Angehörigen ähnlicher Gemeinschaften von den Versicherten und den Genossenschaften oder Gemeinschaften je zur Hälfte,
3. bei Behinderten in Einrichtungen und bei Personen, die für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, von den Trägern der Einrichtung,
4. bei Personen nach § 34 Abs. 2 Nr. 4 bis 6 von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte,
5. bei Personen, die
   a) Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von den Beziehern der Leistung und den Leistungsträgern je zur Hälfte, jedoch von den Leistungsträgern allein, wenn das der Leistung zugrundeliegende monatliche Arbeitsentgeld ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nicht übersteigt; solange ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße den Betrag von 610,-- Deutsche Mark unterschreitet, ist dieser Betrag maßgebend,
   b) Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe beziehen von den Leistungsträgern,
6. bei Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz beziehen, vom jeweiligen Träger; bei ergänzender Hilfe zum Lebensunterhalt vom vorrangig verpflichteten Leistungsträger,
7. bei Wehr- oder Zivildienstleistenden vom Bund,
8. bei Bezug von Vorruhestandsgeld von den Beziehern und dem zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten je zur Hälfte,
9. bei Künstlern und Publizisten von der Künstlersozialkasse,
10. bei selbständig Tätigen von ihnen selbst,
11. bei freiwillig Versicherten von ihnen selbst.

(2) Die in Absatz 1 nicht genannten Versicherten tragen ihre Beiträge selbst.

Zweiter Abschnitt
Zahlung der Beiträge

§ 37
Grundsatz

Die Beiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, von denjenigen, die sie zu tragen haben (Beitragsschuldner), unmittelbar an die Träger der Pflegeversicherung zu zahlen.

§ 38
Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt

(1) Für die Zahlung der Beiträge aus Arbeitsentgelt gelten die Vorschriften über den Gesamtsozialversicherungsbeitrag nach den §§ 28 d bis 28 n und § 28 r des Vierten Buches.

(2) Für die Beitragszahlung
1. aus der Besoldung,
2. aus dem Bezügen nach § 36 Abs. 1 Nr. 3 und
3. aus dem Vorruhestandsgeld

gilt Absatz 1 entsprechend.

(3) Für die Beitragszahlung nach Absatz 2 gelten als Arbeitgeber
1. die öffentlich-rechtlichen Dienstherrn,
2. die geistlichen Genossenschaften und Gemeinschaften
3. die zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten.

§ 39
Beitragszahlung aus Renten der Renten- und Unfallversicherung

Beiträge, die Versicherungspflichtige aus Renten der Renten- und Unfallversicherung zu tragen haben, sind vom jeweiligen Leistungsträger an die Pflegeversicherung zu zahlen. Für den Beitragsabzug gilt § 28 g Satz 1 des Vierten Buches entsprechend.

§ 40
Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen

Beiträge aus Versorgungsbezügen sind von der jeweiligen Zahlstelle der Versorgungsbezüge an die Pflegeversicherung zu zahlen. Für den Beitragsabzug gilt § 28 g Satz 1 des Vierten Buches entsprechend.

§ 41
Beitragszahlung aus Sozialleistungen

(1) Beiträge aus Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Unterhaltsgeld, Übergangsgeld, Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz oder der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz sind vom jeweiligen Leistungsträger an die Pflegeversicherung zu zahlen. Für den Beitragsabzug gilt § 28 g Satz 1 des Vierten Buches entsprechend.

(2) Das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge für Bezieher von Leistungen nach § 39 und 40 sowie nach Absatz 1 können die Leistungsträger, die Zahlstellen der Versorgungsbezüge und die Träger der Pflegeversicherung durch Vereinbarung regeln.

§ 42
Beitragszahlung von Studenten

Für die Beitragszahlung von Studenten gilt § 254 SGB des Fünften Buches entsprechend.

§ 43
Beitragseinzug

Für den Beitragseinzug gelten die §§ 28 h und 28 i des Vierten Buches und § 178 des Sechsten Buches entsprechend.

Dritter Abschnitt
Haushalts- und Rechnungswesen, Finanzausgleich

§ 44
Haushalts- und Rechnungswesen

Die Krankenkassen haben für die Pflegeversicherung einen getrennten Haushaltsplan aufzustellen, getrennte Rechnungsabschlüsse und Jahresrechnungen vorzulegen und getrennte Geschäftsübersichten und Statistiken zu fertigen. Die §§ 67 ff. des Vierten Buches gelten entsprechend.

§ 45
Verwendung und Verwaltung der Mittel

(1) Die Mittel der Pflegeversicherung umfassen die Betriebsmittel, die Rücklage und das Verwaltungsvermögen.

(2) Sie sind von den Mitteln der Krankenversicherung getrennt zu verwalten.

(3) Die §§ 260 bis 263 SGB V gelten entsprechend.

§ 46
Finanzausgleich

(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung und eine Pauschale für Verwaltungskosten werden von allen Trägern der Pflegeversicherung nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen jeweils für ein Kalenderjahr gemeinsam getragen. Der jährliche Gesamtbetrag für Verwaltungskosten soll sich nicht stärker als die voraussichtliche Bruttolohn- und gehaltsumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer im Verhältnis zum Vorjahr verändern. Für die Bestimmung der Pauschale sind die Zahl der Versicherten, der Leistungsempfänger sowie die jährlichen Veränderungen zu berücksichtigen.

(2) Das Bundesversicherungsamt legt die Pauschale fest und führt den Finanzausgleich zwischen den Trägern der Pflegeversicherung durch.

(3) Der für die Pflegeversicherung zuständige Bundesminister regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Durchführung des Finanzausgleichs.

Artikel 2
Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch

Das Sozialgesetzbuch SGB - Allgemeiner Teil - (Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl.I S. 3015), zuletzt geändert durch ..... (BGBl.I .....) wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Abs. 2 werden nach dem Wort "Kranken-, "das Wort "Pflege-," und in Nr. 2 nach dem Wort "Krankheit" das Wort "Pflegebedürftigkeit," eingefügt.

2. In § 21 Abs. 1 wird Nr. 3 gestrichen; Nr. 4 wird Nr. 3 und Nr. 4 a wird Nr. 4.

3. Nach § 23 wird folgender neuer § 23 a eingefügt:

"§ 23 a Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung

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

1. Häusliche Pflegehilfe
2. Pflegegeld
3. Ersatzpflege und Kurzzeitpflege
4. Tagespflege
5. Beratung und Hilfe
6. Wohnungshilfen
7. Fahr- und Transportkosten
8. Stationäre Pflege

(2) Zuständig sind die Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die See-Krankenkasse, die landwirtschaftlichen Krankenkasen, die Bundesknappschaft und die Ersatzkassen."

Artikel 3
Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

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

1. In § 1 Abs. 1 wird nach dem Wort "Kranken-, "das Wort "Pflege-," eingefügt.

2. In § 2 Abs. 2 ist in Nr. 3 nach dem Wort "Landwirte" an Stelle des Punktes ein Komma zu setzen und folgende Nr. 4 anzufügen:

   "4. Pflegepersonen"

3. An § 32 Abs. 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

   "(3) Organe der Träger der Pflegeversicherung sind die Organe der Krankenkassen, die die Pflegeversicherung durchführen."

4. An § 70 Abs. 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

   "(6) Für die Träger der Pflegeversicherung gilt Absatz 5 entsprechend.

5. In § 79 Abs. 1 Satz 1 wird nach dem Wort "Geschäftsbereich" das Wort "länderbezogen" eingefügt.

Artikel 4
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I ...), wird wie folgt geändert:

1. In § 9 Abs. 1 wird nach Nr. 3 folgende neue Nr. 3a. eingefügt:

   "3a. Personen, die einen Pflegebedürftigen nach § 2 des Siebten Buches pflegen und nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften gegen Krankheit versichert sind,"

2. In § 11 Abs. 1 wird Nr. 5 gestrichen.

3. In § 11 Absatz 2 werden nach dem Wort "medizinische" das Wort "und" durch ein Komma ersetzt und die Wörter "insbesondere geriatrische und gerontopsychiatrische, aktivierende und rehabilitierende pflegerische sowie" eingefügt.

4. § 27 wird wie folgt geändert:

   a. In Satz 2 werden in Nr. 6 nach dem Wort "medizinische" das Wort "und" durch ein Komma ersetzt und die Wörter "insbesondere geriatrische und gerontopsychiatrische, aktivierende und rehabilitierende pflegerische sowie" eingefügt.

   b. In Satz 3 werden nach dem Wort "medizinischen" ein Komma und die Wörter "insbesondere gerontopsychiatrischen" eingefügt.

5. In § 37 Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort "Krankenhausbehandlung" die Wörter "oder die Unterbringung in Rehabilitationseinrichtungen" eingefügt und das Wort "wird" durch das Wort "werden" ersetzt.

6. In § 37 Abs. 1 Satz 2 werden nach dem Wort "Krankenpflege" die Wörter "ist aktivierende und rehabilitierende Pflege und" eingefügt.

7. In § 39 Abs. 1 Satz 3 werden nach dem Wort "Krankenpflege" die Wörter "einschließlich aller pflegerischen Rehabilitationsmaßnahmen" eingefügt.

8. In § 40 Abs. 2 wird folgender Satz 2 eingefügt: "Das gilt auch für geriatrische und gerontopsychiatrische Einrichtungen."

9. Die §§ 53 bis 57 werden gestrichen.

10. In § 67 Abs. 1 wird der Punkt in Nr. 2 durch ein Komma ersetzt und folgende neue Nummer eingefügt: "3. sich an Maßnahmen zur Verzahnung geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitation und pflegerischer Versorgung beteiligen oder sie fördern."

11. In § 73 Abs. 2 Nr. 5 werden nach dem Wort "medizinischen" ein Komma gesetzt und die Wörter "insbesondere geriatrische und gerontopsychiatrische, aktivierende und rehabilitierende pflegerische" eingefügt.

12. In § 73 Abs. 2 Nr. 8 werden die Wörter "und häuslicher Pflegehilfe" gestrichen.

13. In § 85 Abs. 2 Satz 3 wird nach dem Wort "sozialpädiatrischer" das Wort "und" durch ein Komma ersetzt und das Wort "geriatrischer" eingefügt; nach dem Wort "psychiatrischer" werden die Wörter "und gerontopsychiatrischer" eingefügt.

14. In § 92 Abs. 1 Satz 2 wird nach Nummer 10. der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende neue Nummer 11. angefügt:

    "11. geriatrische und gerontopsychiatrische Versorgung und Rehabilitation."

15. In § 107 Abs. 2 Nr. 1 wird nach Buchstabe b) das Komma durch das Wort "oder" ersetzt und folgender neuer Buchstabe c) angefügt:

    "c) eine geriatrische und gerontopsychiatrische Versorgung und Rehabilitation zu gewährleisten,".

16. In § 111 Abs. 1 werden nach dem Wort Rehabilitationseinrichtungen" die Wörter "einschließlich geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitationseinrichtungen" eingefügt.

17. a) In § 118 werden in der Überschrift nach dem Wort "Psychiatrische" die Wörter "und gerontopsychiatrische" eingefügt.

    b) In Absatz 1 Satz 1 wird nach dem Wort "psychiatrischen" ein Komma gesetzt und das Wort "gerontopsychiatrischen" eingefügt.

    c) In Absatz 1 Satz 2, 1. Halbsatz werden nach dem Wort "psychiatrischen" die Wörter "und gerontopsychiatrischen" eingesetzt; im 2. Halbsatz werden nach dem Wort "psychiatrische" ein Komma gesetzt und das Wort "gerontopsychiatrische" eingefügt.

    d) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort "psychiatrische" die Wörter "und gerontopsychiatrische" eingefügt.

    e) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort "psychiatrische" ein Komma gesetzt und das Wort "gerontopsychiatrische" eingefügt.

18. a) In § 120 Abs. 2 Satz 1 werden nach dem Wort "psychiatrischen" die Wörter "und gerontopsychiatrischen" eingefügt.

    b) In § 120 Abs. 3 Satz 1 werden nach dem Wort "psychiatrischen" die Wörter "und gerontopsychiatrischen" eingefügt.

19. a) In § 132 werden in der Überschrift nach dem Wort "Krankenpflege" das Komma und die Wörter "häuslicher Pflegehilfe, häuslicher Pflege" gestrichen.

    b) In § 132 Abs. 1 werden nach dem Wort "Krankenpflege" das Komma und die Wörter "häuslicher Pflegehilfe, häuslicher Pflege" gestrichen.

20. In § 269 Abs. 1 wird Nr. 3 gestrichen; die Nrn. 4,5 und 6 werden 3., 4. und 5.

21. In § 275 Abs. 2 wird Nr. 2. gestrichen; die Nrn. 3. und 4. werden 2. und 3.

Artikel 5
Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989, BGBl.I S. 2261), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. § 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

   Nach Nummer 4 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 5 angefügt:

   "5. für die ihnen Pflegezeiten anzurechnen sind (§ 56 a)."

2. Nach § 56 wird eingefügt:

   "§ 56 a
   Pflegezeiten

   (1) Für Zeiten der nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege eines Leistungsberechtigten im Sinne des Siebten Buches Sozialgesetzbuch gelten auf Antrag der Pflegeperson Pflichtbeiträge als gezahlt, wenn die Voraussetzungen des § 70 a erfüllt sind.

   (2) Pflichtbeiträge gelten auch in den Fällen des § 13 des Siebten Buches sowie bei vorübergehendem Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung als gezahlt.

   (3) Die Anwendung des Absatz 1 ist ausgeschlossen, wenn die Pflegeperson erwerbsunfähig ist oder Versicherungsfreiheit nach § 5 Abs. 4 besteht.

   (4) Wird die Anrechnung einer Pflegezeit nach Ablauf von drei Kalendermonaten nach Aufnahme der Pflegetätigkeit beantragt, so beginnt die Anrechnung erst vom Antragsmonat an.

(5) Die Pflegeperson hat den Grad der Pflegebedürftigkeit und den Umfang der Pflegetätigkeit durch eine Bescheinigung des Trägers der Pflegeversicherung nachzuweisen."

3. § 57 erhält folgende Fassung:

"(1) unverändert

(2) Die Zeit der nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege eines Pflegebedürftigen ist auf Antrag bei der Pflegeperson eine Berücksichtigungszeit, wenn

1. der Pflegebedürftige nicht nur vorübergehend so hilflos ist, daß er für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang fremder Hilfe dauernd bedarf und für die Pflege regelmäßig wöchentlich mindestens 10 Stunden aufgewendet werden,

2. die Pflegeperson nicht versicherungspflichtig ist und

3. diese nicht zu den in § 56 Abs. 4 genannten Personen gehört, die von der Anrechnung einer Kindererziehungszeit ausgeschlossen sind.

(3) Eine Unterbrechung der Pflegetätigkeit wegen eines Erholungsurlaubs, wegen einer Krankheit oder wegen einer anderweitigen Verhinderung von längstens einem Kalendermonat im Kalenderjahr steht der Anwendung des Absatzes 2 nicht entgegen."

(4) Wird die Anrechnung einer Berücksichtigungszeit wegen Pflege nach Ablauf von drei Kalendermonaten nach Aufnahme der Pflegetätigkeit beantragt, beginnt die Anrechnung erst vom Antragsmonat an."

4. Nach § 70 wird eingefügt:

"§ 70 a
Entgeltpunkte für Pflegezeiten

(1) Pflegezeiten erhalten für jeden Kalendermonat 0,0625 Entgeltpunkte, wenn die Pflegeperson wegen der Pflege eines außergewöhnlich Pflegebedürftigen oder Schwerstpflegebedürftigen nicht erwerbstätig ist. Sie erhalten für jeden Kalendermonat 0,0313 Entgeltpunkte, wenn neben der Pflege im Sinne des Satzes 1 eine bis zu halbschichtige Erwerbstätigkeit ausgeübt wird.

(2) Pflegezeiten erhalten für jeden Kalendermonat 0,0313 Entgeltpunkte, wenn die Pflegeperson wegen der Pflege eines erheblich Pflegebedürftigen nicht oder bis zu halbschichtig erwerbstätig ist."

(3) Entgeltpunkte nach den Absätzen 1 und 2 werden nur insoweit gewährt, als beim Zusammentreffen mit zu bewertenden Beitragszeiten die nach Maßgabe der geltenden Beitragsbemessungsgrenze zustehenden Entgeltpunkte nicht überschritten werden.

5. § 177 wird gestrichen.

6. Nach § 226 wird eingefügt:

"§ 226 a
Erstattungen

Der Bund trägt die Aufwendungen der Träger der Rentenversicherung aus der Anrechnung von Zeiten der Pflege. Der für die Rentenversicherung zuständige Bundesminister wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesminister der Finanzen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere hierüber zu bestimmen. Die Abrechnung mit den Versicherungsträgern erfolgt durch das Bundesversicherungsamt."

ZWEITER TEIL

ÄNDERUNG ANDERER VORSCHRIFTEN

Artikel 6
Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungs-Nr. 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch ... (BGBl. I. ....), wird wie folgt geändert:

1. In § 539 Abs. 1 wird der Punkt am Ende der Nummer 18 durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 19 angefügt:

   "19. Pflegepersonen im Sinne des § 2 Abs. 4 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch bei der häuslichen Pflege, soweit sie nicht bereits zu den nach den Nummern 1, 5, 7 und 13 Versicherten gehören".

2. In § 541 Abs. 1 Nr. 5 werden die Einleitungsworte wie folgt gefaßt:

   "unbeschadet des § 539 Abs. 1 Nr. 19 und des § 777 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 776 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1"

3. § 637 Abs. 4 Satz 2 erhält folgende Fassung:

   "Satz 1 gilt entsprechend in den Fällen des § 539 Abs. 1 Nr. 18 und 19."

4. In § 653 Abs. 1 wird der Punkt am Ende der Nummer 7 durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 8 angefügt:

   "8. nach § 539 Abs. 1 Nr. 19."

Artikel 7
Änderung des Bundessozialhilfegesetzes

Das Bundessozialhilfegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Januar 1991 (BGBl. I S. 94), zuletzt geändert durch ... (BGBl. I ...), wird wie folgt geändert:

1. Nach § 13 wird ein neuer § 13 a eingefügt:

"§ 13 a
Übernahme von Beiträgen zur gesetzlichen Pflegeversicherung

Für Personen, die die Voraussetzungen des § 11 Abs. 1 erfüllen, sind die Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung zu übernehmen."

2. In § 38 Abs. 2 Nr. 4 werden die Worte "häusliche Wartung und Pflege nach den Bestimmungen des § 69 Abs. 2" ersetzt durch die Worte "häusliche Betreuung und Pflege nach den Bestimmungen des § 68 Abs. 2 in Verbindung mit § 70 Abs. 3".

3. In § 40 Absatz 1 wird folgende Nr. 7 a eingefügt:

"7a. Hilfen zur Sicherung einer eigenständigen Lebensführung außerhalb von Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen für die in § 24 Abs. 2 genannten Personen. Dabei ist die häusliche Pflegehilfe nach § 11 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch als vorrangige Leistung zu berücksichtigen."

4. § 67 wird wie folgt geändert:

a) In § 67 Abs. 5 werden die Worte "§§ 68 und 69" ersetzt durch die Worte "§ 68".

b) § 67 Abs. 5 wird durch folgenden Satz 4 ergänzt: "Werden Leistungen nach § 68 Abs. 1 Nr. 2 oder gleichartige Leistungen gewährt, wird die Blindenhilfe in Höhe von 30 vom Hundert des Betrages nach Absatz 2 gewährt. Der Gesamtbetrag beider Leistungen darf den Betrag der ungekürzten Blindenhilfe nicht unterschreiten."

5. Die §§ 68 und 69 werden durch folgenden § 68 ersetzt.

"§ 68
Hilfe zur Pflege

(1) Pflegebedürftigen ist Hilfe zur Pflege zu gewähren. Die Leistungen sollen in der Regel den Leistungen entsprechen, die nach den Vorschriften über die gesetzliche Pflegeversicherung gewährt werden. Die Hilfe zur Pflege umfaßt bei Personen, die mindestens erheblich pflegebedürftig im Sinne des § 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch sind,

1. Häusliche Pflegehilfe
2. Pflegegeld
3. Ersatzpflege und Kurzzeitpflege
4. Tagespflege
5. Beratung und Hilfe
6. Wohnungshilfen
7. Fahr- und Transportkosten
8. Stationäre Pflege.

(2) Bei Personen, die nicht mindestens erheblich pflegebedürftig sind, soll der Träger der Sozialhilfe darauf hinwirken, daß Betreuung und Pflege durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahestehen oder im Wege der Nachbarschaftshilfe übernommen werden. In diesen Fällen können dem Pflegebedürftigen die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson erstattet und angemessene Beihilfen gewährt werden.

(3) Ist neben oder anstelle der Betreuung und Pflege nach den Absätzen 1 und 2 die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich, so können die angemessenen Kosten hierfür übernommen werden.

(4) Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden nicht gewährt, soweit der Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhält.

(5) Personen, die beim Inkrafttreten des Siebten Buches Sozialgesetzbuch als Schwerstpflegebedürftige im Sinne der Verordnung zur Durchführung des § 24 Absatz 2 Satz 1 des Bundessozialhilfegesetzes vom 28. Juni 1974 (BGBl. I S. 1364) Hilfe zur Pflege erhalten, stehen Schwerstpflegebedürftigen nach Absatz 1 gleich. In diesen Fällen gilt die Einkommensgrenze des § 81 Absatz 2."

6. § 70 Abs. 3 wird wie folgt neu gefaßt:

"§ 68 Abs. 2 gilt entsprechend; ist die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich, so sind die angemessenen Kosten hierfür zu übernehmen."

7. § 81 wird wie folgt geändert:

a) § 81 Abs. 1 Nr. 5 wird wie folgt gefaßt: "bei der Hilfe zur Pflege nach § 68 Abs. 1,"

b) In § 81 Abs. 2 werden die Worte "bei dem Pflegegeld nach § 69 Abs. 4 Satz 2" ersetzt durch die Worte "bei Hilfen zur Sicherung einer eigenständigen Lebensführung außerhalb von Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen für die in § 24 Abs. 2 genannten Personen nach § 40 Abs. 1 Nr. 7 a".

8. In § 91 Abs. 3 Satz 1, 2. Halbsatz werden die Worte "oder Hilfe zur Pflege" ersetzt durch "Hilfe zur Pflege oder Hilfe zum Lebensunterhalt in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung"

9. In § 120 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte ", Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen und Hilfe zur Pflege" ersetzt durch die Worte "und Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen"

Artikel 8
Änderung des Heimgesetzes

Das Heimgesetz vom 7. August 1974 (BGBl. I S. 1873) in der Fassung der Bekanntmachung der Neufassung vom 23. April 1990 (BGBl. I S. 763) wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 2 Satz 2 werden nach dem Wort "Rehabilitation" die Wörter "und zur Kurzzeitpflege im Sinne des Siebten Buches Sozialgesetzbuch" eingefügt.

2. § 4 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

      "Insbesondere sind die in § 1 Abs. 1 Satz 3 genannten Leistungen des Trägers im einzelnen zu beschreiben und die dafür zu entrichtenden Entgelte sowie das insgesamt zu entrichtende Entgelt anzugeben."

   b) An Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

      "Der Aufwand für Investitionen ist gesondert auszuweisen."

3. § 4 c Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

   ",soweit es von ihm zu tragen ist."

Artikel 9
Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

Das Sozialgerichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), zuletzt geändert durch ..... (BGBl. I.....) wird wie folgt geändert:

In § 51 wird folgender neuer Absatz 3 eingefügt:

"(3) Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit entscheiden auch über Streitigkeiten, die in Angelegenheiten nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch entstehen

1. aufgrund der Beziehungen zwischen Leistungserbringern der ambulanten und stationären Pflege und Krankenkassen einschließlich ihrer Verbände,

2. aufgrund von Entscheidungen der gemeinsamen Gremien von Leistungserbringern und Krankenkassen oder

3. aufgrund von Entscheidungen oder Verträgen der Krankenkassen oder ihrer Verbände,

auch soweit durch diese Angelegenheiten Dritte betroffen werden."

Die Absätze 3 und 4 werden Absätze 4 und 5.

Artikel 10
Änderung des Wohngeldgesetzes

Im Wohngeldgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. Juli 1991 (BGBl. I S. 1433), die zuletzt durch ..... vom ..... (BGBl. I. S.....) geändert worden, wird in § 14 Abs. 1 in Nr. 32 am Ende der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nr. 33 angefügt:

"33. Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung".

Artikel 11
Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes

Im Bundesgesetz über individuelle Förderung der Ausbildung (Bundesausbildungsförderungsgesetz - BAföG) in der Fassung der Bekanntmachtung vom 6. Juni 1983 (BGBl. I S. 645, 1680), zuletzt geändert durch Anlage I Kapitel XVI Sachgebiet B, Abschnitt II Nr. 1 des Einigungsvertrages vom 31..... vom ..... (BGBl. I S. .....) wird in § 21 Abs. 4 in Nr. 4 am Ende der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nr. 5 angefügt:

"5. das Pflegegeld nach § 12 Pflegeversicherungsgesetz".

DRITTER TEIL
ÜBERGANGS- UND SCHLUßVORSCHRIFTEN

Artikel 12
Befreiung von der Versicherungspflicht

Personen, die beim Inkrafttreten dieses Gesetzes eine gleichartige und gleichwertige Absicherung für den Fall der Pflegebedürftigkeit nachweisen, sind auf Antrag von der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz zu befreien. Die Befreiung von der Versicherungspflicht ist nur zulässig, wenn der zu Befreiende dies bis zum Ablauf von drei Kalendermonaten nach dem Inkrafttreten des Gesetzes beantragt. Die Befreiung erfolgt mit Wirkung vom Inkrafttreten dieses Gesetzes an und kann nicht widerrufen werden.

Artikel 13
Anschubfinanzierung

In den in Artikel 3 des Vertrages zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik über die Herstellung der Einheit Deutschlands (Einigungsvertrag) genannten Gebieten übernimmt der Bund bis zum ... die Kosten für den investiven Nachholbedarf zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, insbesondere für

1. die Einrichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen,
2. die Anschaffung der zu diesen Einrichtungen gehörenden Wirtschaftsgüter mit Ausnahme der Verbrauchsgüter sowie
3. die Kosten der Wiederbeschaffung der zu den Pflegeeinrichtungen gehörenden Anlagegüter.

Artikel 14
Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Juli 1992 in Kraft.

Begründung

A Allgemeiner Teil

I. Ausgangslage

1. In der Bundesrepublik Deutschland leben heute fast 2,5 Mio Pflegebedürftige. Rund 450.000 sind in Heimen untergebracht, die übrigen werden zu Hause betreut. Schon diese Momentaufnahme unterstreicht die sozialpolitische Bedeutung des Problems. Dabei werden sich zukünftig Größenordnung und Brisanz des Risikos Pflegebedürftigkeit noch drastisch erhöhen. Ursache dafür ist, daß Pflegebedürftigkeit zwar in allen Altersstufen entstehen kann, aber die Wahrscheinlichkeit, ein Pflegefall zu werden, mit zunehmendem Alter wächst. In den vergangenen Jahrzehnten hat deshalb die gestiegene Lebenserwartung Zahl und Anteil der potentiell Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung sprunghaft erhöht. Diese Entwicklung wird sich fortsetzen.

   Der gestiegenen Zahl Pflegebedürftiger steht eine sinkende Pflegekraft der Familie gegenüber. Sie ist bedingt durch den seit dem 1. Weltkrieg einsetzenden Geburtenrückgang, durch den die Zahl der möglichen Pflegepersonen in der Familie verringert wurde. Hinzu kommen erhebliche Veränderungen in der Familienstruktur, die sich ebenfalls mindernd auf die Zahl der Pflegepersonen auswirken. Die Familie, in der drei Generationen und mehr unter einem Dach leben, bildet heute die Ausnahme. Dagegen nimmt die Zahl der allein lebenden Personen zu. In den alten Ländern steigen seit langem die Frauenerwerbsquote und die Mobilität der Erwerbstätigen. Diese Trends werden anhalten.

   In der Bundesrepublik wurde bislang diesen veränderten Bevölkerungs- und Familienstrukturen und ihren Auswirkungen auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit nicht Rechnung getragen. Für den Großteil der Bevölkerung ist im Fall der Pflegebedürftigkeit Hilfe nur im Rahmen der Sozialhilfe möglich. Bezeichnend ist, daß mehr als 70 % der stationär versorgten Pflegebedürftigen nur deshalb Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen, weil sie pflegebedürftig geworden sind. Dies gilt selbst für Betroffene mit überdurchschnittlich hohem Einkommen. Die Sozialhilfe, die nach allgemeinem Verständnis des sozialen Sicherungssystems nachrangig eintreten soll, ist bei der Hilfe zur Pflege, insbesondere der Heimpflege, zur Regelsicherung und zum hauptsächlichen Kostenträger geworden. Diese Situation belastet auch die Sozialhilfeträger und erschwert die Erfüllung ihrer originären Aufgaben. Rund ein Drittel ihrer heutigen Ausgaben fallen für die Hilfen zur Pflege an.

Ebenso dringend ist eine Reform der sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit für die fünf neuen Länder. Bisher erhielten Pflegebedürftige dort ein nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffeltes Pflegegeld oder Sonderpflegegeld; für die stationäre Pflege stellte der Staat Pflegeheime bei verhältnismäßig geringer Eigenbeteiligung der Heimbewohner zur Verfügung. Seit 1984 wurde die Pflege eines ständig pflegebedürftigen Familienangehörigen als versicherungspflichtige Tätigkeit in der Rentenversicherung angerechnet. Schließlich erhielten Schwerstbehinderte nach der Vollendung des 18. Lebensjahres eine Invalidenrente.

Die häusliche Pflege in den neuen Ländern wurde allerdings durch einige Rahmenbedingungen wie die beengten Wohnverhältnisse, die höhere regelmäßige Wochenarbeitszeit und die höhere Erwerbstätigenquote, bislang erheblich erschwert. Die Betreuung der - meist älteren - Pflegebedürftigen blieb daher häufig ehrenamtlichen und professionellen Kräften wie den staatlichen und kirchlichen Gemeinde- bzw. Bezirksschwestern und der "Volkssolidarität" überlassen. Folge dieser Rahmenbedingungen war es, daß Pflegebedürftige verhältnismäßig frühzeitig in Heime umzogen, obwohl deren Standards relativ niedrig waren.

Die bisherigen Leistungen in den fünf neuen Ländern laufen mit der Übernahme des bundesrepublikanischen Rechtssystems aus. Die ambulante Pflege ist angesichts des drohenden Zusammenbruchs der bisherigen Versorgungsstrukturen nicht mehr gewährleistet. Ohne Reform der sozialen Sicherung bei Pflegebedürftigkeit werden die relativ geringen Renten einen noch höheren Grad an Sozialhilfebedürftigkeit als in dem bisherigen Bundesgebiet zur Folge haben. Den Betroffenen ist dies angesichts der bisher ihnen zustehenden Leistungen kaum verständlich zu machen. Auch ist ungeklärt, wie die ohnehin vom Ruin bedrohten Kommunen die zusätzlichen Kosten verkraften sollen.

Es besteht also dringender Handlungsbedarf. Da es der Familie künftig schwerer fallen wird, der von ihr traditionell wahrgenommenen Verantwortung gerecht zu werden, bedarf sie zur Erfüllung dieser Aufgabe der Unterstützung durch eine breite Solidargemeinschaft. Unterbleibt diese Hilfe, eröffnet sich nur die Alternative einer vermehrten Heimunterbringung mit allen damit verbundenen menschlichen, sozialpolitischen und finanziellen Konsequenzen.

Auch in den alten Ländern ist die Qualität vieler stationärer Einrichtungen verbesserungsbedürftig. Im Gegensatz zu anderen Staaten ist in der Bundesrepublik die Aufnahme in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung im Regelfall eine Einbahnstraße, eine Sackgasse, aus der es keine Wiederkehr gibt. Die rehabilitative Pflege ist häufig unterentwickelt. Hierzu gehört auch das Defizit an ambulanten Pflegediensten. Vor allem die bislang ungeklärte Finanzierung verhindert ihren Ausbau.

2. Mit der Einführung einer "häuslichen Pflegehilfe" durch das Gesundheitsreformgesetz hat der Gesetzgeber den dringenden Handlungsbedarf bei der Sozialen Sicherung Pflegebedürftiger anerkannt. Gleichwohl sind die beschlossenen Leistungen ungeeignet, das allgemeine Lebensrisiko "Pflegebedürftigkeit" wirksam und im erforderlichen Umfang abzusichern. Die Ankündigung der Bundesregierung, 1992 einen Gesetzentwurf zur Reform der sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit vorzulegen, unterstreicht diese Feststellung.

   So kann das Risiko der Pflegebedürftigkeit jeden einzelnen Bürger treffen. Deshalb ist die Ausgrenzung von Pflegebedürftigen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, weder sozialpolitisch begründbar noch sachgerecht. Umgekehrt finanzieren die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nur deren Leistungen durch eigene Beiträge, sondern müssen auch durch ihre Steuern für die Sozialhilfe an Pflegebedürftige aufkommen. Sie werden also verteilungspolitisch doppelt und einseitig belastet.

   Vor allem fehlt die Einbeziehung der Heimpflege, auf die derzeit rund 90 % aller Pflegekosten in der Sozialhilfe entfallen. Damit werden gerade die besonders schweren Pflegefälle von jeglicher Leistung der Krankenversicherung ausgeschlossen. Wer wegen der Schwere seiner Behinderung oder aus familiären Gründen keine Alternative zur Heimpflege hat, muß wie bisher voll mit seinem Einkommen und Vermögen für die Kosten des Pflegeheimes einstehen. Dies gilt auch für seine unterhaltspflichtigen Angehörigen. Bliebe es bei dieser Regelung, wäre die Sozialhilfe auch in Zukunft die Regelsicherung im Pflegefall.

   Schließlich ist der Umfang der häuslichen Pflegehilfe mit 25 Pflegeeinsätzen pro Monat oder alternativ 400 DM viel zu gering. Er reicht weder aus, um Heimpflege zu vermeiden, noch erleichtert er den Angehörigen von Pflegebedürftigen eine Erwerbstätigkeit neben der Pflege eines Familienmitgliedes. Die Pflegebereitschaft der Familien wird auch deshalb nicht erhöht, weil keine wirksamen Maßnahmen zur Alterssicherung der Pflegepersonen vorgesehen sind, um die mit der Pflege von Angehörigen verbundenen Nachteile bei der eigenen Alterssicherung zumindest teilweise auszugleichen.
   Viele Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden und bisher ein Pflegegeld der Sozialhilfe erhielten, werden durch das Pflegegeld der Krankenversicherung allein schon deshalb nicht bessergestellt, weil die Sozialhilfeträger aufgrund der unklaren Rechtslage die neue Leistung der Krankenkasse ganz oder teilweise auf die Leistung der Sozialhilfe anrechnen. Erst nach langem Zögern will die Bundesregierung die von Sozialhilfeträger zu Sozialhilfeträger unterschiedliche Praxis jetzt durch eine gesetzliche Klarstellung beseitigen. Auch diese Erfahrung zeigt, daß Einzelschritte eine grundsätzliche Reform der sozialen Sicherung bei Pflegebedürftigkeit nicht ersetzen können.

II. Gesamtkonzeption

Der Gesetzentwurf zielt auf eine umfassende Lösung der Sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit. Er schließt die größte sozialpolitische Lücke im gegenwärtigen System der Sozialen Sicherung durch die Schaffung einer Gesetzlichen Pflegeversicherung für alle als weitere Säule der Sozialversicherung.

Deshalb soll das vorgeschlagene Pflegeversicherungsgesetz auch als eigenständiges Buch in das Sozialgesetzbuch aufgenommen werden.

Im einzelnen liegen dem Gesamtkonzept folgende Elemente zugrunde:

1. Pflichtversicherung für alle

Ein Teil der derzeit diskutierten Lösungsvorschläge sieht entweder eine Altersbegrenzung der Leistungsberechtigten, eine Beschränkung der Versicherungspflicht z. B. auf Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung oder beides vor. Die damit verbundene Ausgrenzung junger oder nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherter Pflegebedürftiger ist weder sozialpolitisch begründbar noch sachgerecht. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit kann jeden treffen. Hinsichtlich des Pflegebedarfs besteht zwischen gleichermaßen Pflegebedürftigen unterschiedlichen Alters keine Differenz. Alle sind in mehr oder weniger großem Umfang auf die Hilfe Dritter angewiesen. Deshalb ist die Einbeziehung der Gesamtbevölkerung in die soziale Absicherung der Pflegebedürftigkeit unverzichtbar.

Angesichts der exorbitant hohen Kosten, die bei Pflegebedürftigkeit über einen längeren Zeitraum entstehen und selbst umfangreiche Privatvermögen in kurzer Zeit aufzehren können, ist eine ausreichende Absicherung auf der Grundlage individueller Vorsorge kaum möglich. Deshalb sieht der Gesetzentwurf eine Pflichtversicherung für alle Bürgerinnen und Bürger vor: Es soll niemand ausgegrenzt und die Finanzierung durch die größtmögliche Solidargemeinschaft sichergestellt werden. Anders als in der heutigen Krankenversicherung soll es sog. "guten Risiken" nicht möglich sein, sich dem Solidarausgleich der Pflegeversicherung zu entziehen.

2. Sofortige Einbeziehung der heute Pflegebedürftigen

Sozialpolitisch besonders dringlich ist die Hilfe für all diejenigen, die schon heute pflegebedürftig sind oder es

aufgrund ihres Alters bald werden können. Eine Pflegeversicherung muß deshalb von Beginn an auch für alle heutigen Pflegebedürftigen und die sog. pflegenahen Jahrgänge gelten. Dies ist nur möglich, wenn die Pflegeversicherung als Sozialversicherung mit umfassendem Solidarausgleich erfolgt. Dagegen wären nach den üblichen Konstruktionsprinzipien bei jeder Privatversicherung die bereits Pflegebedürftigen ebenso ausgeschlossen wie die mit besonderen "Risiken" wie Alter und Vorerkrankungen belasteten Bürger. Gerade sie brauchen jedoch sofortige Hilfe und dürfen nicht auf zukünftige Lösungen vertröstet werden.

Alle Vorschriften gelten daher sofort und ohne Abstriche und für die bereits heute Pflegebedürftigen und die pflegenahen Jahrgänge. Dies gilt auch für Betroffene in den neuen Ländern.

3. Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen

Durch die Neugestaltung der Absicherung bei Pflegebedürftigkeit soll Pflegebedürftigen ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden, soweit dies ihr Gesundheitszustand zuläßt. Dabei muß beachtet werden, daß die Lebenssituationen der Pflegebedürftigen und ihrer Pflegepersonen nicht einheitlich sind. Je nach Alter, Familienstand, Kinderzahl, Einkommen oder Wohnverhältnissen können ganz unterschiedliche Bedürfnisse vorliegen. Obwohl es Ziel ist, die häusliche Pflege zu fördern, muß deshalb aus dem Prinzip der Selbstbestimmung folgen, daß der Pflegebedürftige ein Wahlrecht zwischen ambulanter und stationärer Pflege hat. Während bei Heimpflege die Leistungen ausschließlich als Sachleistung erbracht werden, soll auch innerhalb der Leistungen bei häuslicher Pflege ein Wahlrecht bestehen: Jeder Pflegebedürftige soll selbst entscheiden, welche Pflegeleistungen - Pflegegeld oder Pflegehilfe durch Fachkräfte - er in Anspruch nehmen will. Damit ist eine Anpassung an die jeweilige besondere Lebenslage des Pflegebedürftigen gewährleistet.

4. Vorrang der häuslichen Pflege

Pflegebedürftigkeit ist immer mit Abhängigkeit von anderen und einer geringeren, oft völlig fehlenden Mobilität verbunden. Die Folge ist eine Verringerung der sozialen Kontakte bis hin zur Vereinsamung. Dies kann am wirksamsten vermieden werden, wenn der Pflegebedürftige in seiner häuslichen Umgebung bleiben kann.

Deshalb kommt häusliche Pflege im Regelfall den Wünschen des Pflegebedürftigen mehr entgegen als die Aufnahme in eine stationäre Einrichtung, die zwangsläufig mit Einschränkungen der Selbstbestimmung und der individuellen Freiheit des Pflegebedürftigen verbunden ist. Das Postulat des Vorrangs häuslicher Pflege liegt deshalb dem gesamten

Leistungskatalog dieses Gesetzes zugrunde. Er soll den Pflegebedürftigen selbst sowie seine Angehörigen und Freunde zur häuslichen Pflege motivieren und bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe entlasten. Dies gilt vor allem für das vorgesehene Wahlrecht zwischen Pflegegeld und häuslicher Pflegehilfe. Es erleichtert den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, bei Beibehaltung der gewohnten Umgebung die eigene Hilfe durch Pflegeleistungen Dritter zu ergänzen. Auch die Übernahme von Kosten für eine Ersatzpflegekraft und eine Tagespflege entlastet die Pflegehaushalte.

5. Soziale Sicherung der Pflegepersonen

Wer den Vorrang der ambulanten Pflege ernsthaft will, muß nicht nur den Pflegebedürftigen selbst, sondern auch den Pflegepersonen wirksam helfen. Hauptträger häuslicher Pflege sind die Familien, insbesondere die Frauen. Die Wahrnehmung der Pflegeaufgabe zwingt gerade sie häufig, auf die Ausübung einer Erwerbstätigkeit ganz oder teilweise zu verzichten. Damit wird ihnen auch der Aufbau einer eigenständigen Alterssicherung unmöglich gemacht oder zumindest erschwert. Hier wird durch die Anerkennung der Pflegezeiten in der Rentenversicherung ein Ausgleich geschaffen.

Ferner soll die Pflegeversicherung allen Pflegepersonen ausreichenden Unfallversicherungsschutz gewährleisten.

6. Prävention und Rehabilitation

In der Bundesrepublik Deutschland wird im Gegensatz zu anderen westeuropäischen Industriestaaten Pflegebedürftigkeit weitgehend als irreparabler Zustand begriffen. Von den Möglichkeiten zur Rehabilitation wird nur in Ausnahmefällen Gebrauch gemacht. Die diesem Gesetz zugrunde liegende Gesamtkonzeption mißt der Prävention und Rehabilitation einen hohen Stellenwert bei. So sollen durch Beratung und persönliche Hilfen Pflegebedürftigen und Pflegepersonen Wege aufgezeigt werden zur besseren Bewältigung der häuslichen Pflege. Die Zahlung eines Pflegegeldes bereits an erheblich Pflegebedürftige wurde unter dem Gesichtspunkt vorgesehen, Pflegebedürftigen schon in einem frühen Stadium ihrer Behinderung den "Zukauf" von Pflegeleistungen durch Dritte zu ermöglichen und damit die Gefahr einer Verschlechterung des Gesamtzustandes zu vermindern. Der Beitrag zu den Kosten einer Ersatzpflegekraft soll einer Überforderung und Überlastung der Pflegepersonen wenigstens teilweise entgegenwirken. Auch die Gewährung von Wohnungshilfen kann zu einer Reaktivierung oder zumindesten zur Verhinderung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen beitragen.

Ebenso wichtig ist es, daß die gesetzliche Krankenversicherung ihre Möglichkeiten insbesondere im Bereich der geriatrischen und gerontopsychiatrischen Rehabilitation besser ausschöpft. Auch muß die Pflege in der Phase der Akutversorgung in Krankenhäusern noch stärker als bisher als aktivierende und rehabilitierende Pflege ausgestaltet werden.

7. Ausbau der ambulanten Dienste und Pflegeheime

Der Vorrang der häuslichen Pflege erfordert ein bedarfsgerechtes und flächendeckendes ambulantes Versorgungsnetz. Nur so kann gewährleistet werden, daß der Pflegebedürftige in der gewohnten Umgebung die benötigte Hilfe erhält und häusliche Pflegeleistungen der Familie durch Fachkräfte ergänzt werden. Diese Voraussetzung eines flächendeckenden ambulanten Versorgungsnetzes ist bundesweit bisher nicht in ausreichendem Umfang gegeben. In den neuen Ländern ist sogar in der Regel ein vollständiger Neuaufbau erforderlich. Der Leistungskatalog bei häuslicher Pflege und die dadurch entstehende Nachfrage nach Pflegeleistungen wird es den Trägern ambulanter Dienste erleichtern, derartige Einrichtungen zu schaffen und zu betreiben.

Die Länder und Kommunen werden durch dieses Gesetz bei der Sozialhilfe spürbar entlastet. Deshalb kann von ihnen erwartet werden, daß sie im Rahmen der ihnen obliegenden Daseinsvorsorge den Ausbau des ambulanten Versorgungsnetzes einschließlich von Tagespflege- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen und der Pflegeheime verstärkt fördern. Bei dieser Aufgabe sollten die Kommunen von den Ländern unter Beachtung der Verpflichtung zur Herstellung gleichwertiger Daseinsbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland unterstützt werden. Für die neuen Länder ist eine besondere Unterstützung durch eine Anschubfinanzierung des Bundes unumgänglich.

8. Herauslösung aus der Sozialhilfe

Viele Menschen betrachten es als unbefriedigend, wenn sie nach einem langen Arbeitsleben und scheinbar angemessener Alterssicherung im Fall der Pflegebedürftigkeit plötzlich auf Sozialhilfe angewiesen sind. Insbesondere die dann zwangsläufige Heranziehung von Ersparnissen und Vermögen, der Rückgriff der Sozialhilfeträger auf unterhaltspflichtige Kinder sowie die zu geringe Höhe des Barbetrages wird oftmals als beschämend und ungerecht empfunden. Hinzu kommt, daß der Sozialhilfe nach wie vor ein Stigma anhaftet, obwohl auf sie ein Rechtsanspruch besteht und sie sich grundsätzlich von der Sozialfürsorge alter Prägung unterscheidet.

Die Abhängigkeit von Sozialhilfe wird von den Pflegebedürftigen als erhebliche Einschränkung ihrer Selbstbestimmung empfunden. Ziel dieses Gesetzentwurfs ist es deshalb, die Pflegekosten soweit wie mölgich aus der Sozialhilfe heraus zu lösen. Dies schließt die volle Übernahme des Pflegekostenanteils am stationären Pflegesatz ein. Auch in Zukunft wird jedoch nicht zu vermeiden sein, daß Pflegebedürftige, die ihren Lebensunterhalt nicht selbst bestreiten können, wie vergleichbare andere Bürger Sozialhilfeempfänger bleiben oder werden. Entscheidend ist, daß Pflegebedürftigkeit selbst künftig keine Ursache mehr für den Sozialhilfebezug sein kann.

9. Leistungserbringung durch die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung

Mit der Durchführung des Gesetzes wird die gesetzliche Krankenversicherung betraut. Sie verfügt sowohl für die Leistungserbringung als auch den Beitragseinzug über eine erfahrene Organisation und kann eine ortsnahe Versorgung garantieren. Vor allem ermöglicht die Übertragung der Aufgabe an die gesetzliche Krankenversicherung eine enge Verzahnung von Leistungen im Krankheits- und Pflegefall sowie eine einheitliche Durchführung von Prävention und Rehabilitation.

Die Schaffung neuer Versicherungsträger ist also entbehrlich. Die Krankenkassen müssen jedoch die Mittel der Pflegeversicherung getrennt von denen der Krankenversicherung verwalten. Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung obliegt ebenfalls der gesetzlichen Krankenversicherung. Zu ihrer Gewährleistung wird auf bewährtes Vertragsrecht zurückgegriffen. Die nähere Ausgestaltung der Verträge erfolgt auf Landesebene zwischen den Trägern der Pflegeversicherung und den Leistungserbringern.

III. Leistungen

Der Leistungskatalog dieses Gesetzes sieht umfassende Leistungen bei ambulanter und stationärer Pflege vor. Er ist so ausgestaltet, daß die genannten Ziele der Gesamtkonzeption soweit wie irgendmöglich erreicht werden.

Entsprechend dem Vorrang der häuslichen Pflege bilden die Leistungen zur Verbesserung der dafür vorhandenen Bedingungen den Schwerpunkt des Gesetzes. Die Leistungen bei häuslicher Pflege sind nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt und tragen somit der unterschiedlichen Betroffenheit Rechnung. Grundlage ist eine häusliche Pflegehilfe durch professionelle Fachkräfte im Regelfall von bis zu 60 Stunden im Monat. Alternativ können die Pflegebedürftigen ein nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffeltes Pflegegeld von 500 bis 1.500 DM in Anspruch nehmen (zum Vergleich: heutige Leistung der Sozialhilfe 341 bis 928 DM). Wer sich für die häusliche Pflegehilfe als Sachleistung entscheidet, erhält lediglich ein auf ein Drittel gekürztes Pflegegeld.

Das Wahlrecht zwischen Sach- und Geldleistung ermöglicht den Betroffenen eine individuelle und bedarfsgerechte Gestaltung der benötigten Pflegeleistungen. Bei erheblich Pflegebedürftigen soll das Pflegegeld vor allem dazu beitragen, die mit Pflegebedürftigkeit verbundenen Mehraufwendungen zumindest teilweise auszugleichen. Gleichzeitig hat das Pflegegeld vorbeugenden Charakter: Die Erfahrungen in der Kriegsopferversorgung und in der gesetzlichen Unfallversicherung zeigen, daß ein Pflegegeld dazu beitragen kann, stationäre Pflege weitgehend zu vermeiden.

Auch die auf höchstens 30 Kalendertage jährlich befristete Übernahme der Kosten einer Ersatzpflegekraft oder einer stationären Kurzzeitpflege trägt dem Vorrang häuslicher Pflege in besonderer Weise Rechnung. Sie gibt einerseits pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, sich von den mit dauernder Pflegetätigkeit verbundenen Belastungen zu erholen und eigenen Gesundheitsstörungen vorzubeugen. Andererseits erhält der Pflegebedürftige durch eine Ersatzpflegekraft die Möglichkeit, während des Ausfalls der Pflegeperson in seiner gewohnten Umgebung zu verbleiben, soweit er dies wünscht. Alternativ ist seine vorübergehende Unterbringung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung möglich.

Auch die Pflichtversicherung der Pflegepersonen in der gesetzlichen Rentenversicherung und die Einbeziehung der Pflegepersonen in die Unfallversicherung fördern die Pflege im häuslichen Bereich. Sie schaffen einen Ausgleich für die Pflegepersonen - meistens Frauen -, die wegen der Pflegetätigkeit auf eine Berufstätigkeit ganz oder teilweise verzichten müssen. Der Umfang der Anerkennung von Pflegezeiten richtet sich deshalb auch danach, inwieweit die Pflegeperson aufgrund der Durchführung der Pflege dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung steht. So wird den Pflegepersonen der Aufbau einer eigenständigen Alterssicherung ermöglicht und zukünftiger Altersarmut vorgebeugt.

Der Personenkreis der Pflegebedürftigen ist in besonderem Maße auf Unterstützung und Hilfe anderer angewiesen. Deshalb kommt flankierenden Maßnahmen wie z. B. der Beratungspflicht des Trägers der Pflegeversicherung oder der vollen Übernahme von Fahr- und Transportkosten besondere Bedeutung zu. Auch Wohnungshilfen können zur Verhinderung stationärer Pflege beitragen. Sie sollen in solchen Fällen eingreifen, in denen der Pflegebedürftige gezwungen wäre, in die stationäre Einrichtung umzuziehen, weil die Wohnung den durch Pflegebedürftigkeit neu hinzutretenen Anforderungen nicht gerecht wird.

Soweit Pflegebedürftige eine Unterbringung im Heim wünschen oder eine stationäre Pflege nicht vermieden werden kann, sieht das Gesetz die Übernahme der eigentlichen Pflegekosten als Sachleistung vor. Die Kosten für den Lebensunterhalt - Unterkunft und Verpflegung - muß der Pflegebedürftige wie jeder andere Bürger auch künftig selbst tragen. Dies ist auch

deshalb erforderlich, um im Heim untergebrachte Pflegebedürftige nicht besser zu stellen als zu Hause lebende. Entsprechend der besonderen Verantwortung von Ländern und Kommunen für die Daseinsvorsorge sollen die pflegebedingten Investitionskosten von ihnen übernommen werden. Sie sind auch für den Ausbau der ambulanten Dienste zuständig.

IV. Finanzierung

Bisher war bei der stationären Pflege die Sozialhilfe mit rd. 10 Mrd. DM brutto der bedeutendste Kostenträger. Auch die häusliche Pflege mußte bisher von der Sozialhilfe in beträchtlicher Höhe unterstützt werden. Seit dem 01.01.1989 bzw. seit Anfang 01.01.1991 werden von der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen für häusliche Pflege erbracht. Im übrigen müssen die Pflegebedürftigen und/oder ihre Angehörigen die Pflegekosten selbst durch ihre Einkünfte, Ersparnisse und in Form von persönlicher Hilfe tragen. Durch den Gesetzentwurf wird die Leistungserbringung im wesentlichen auf den Träger der Pflegeversicherung konzentriert. Die Träger der Sozialhilfe und der gesetzlichen Krankenversicherung werden durch die Leistungen der Pflegeversicherung im erheblichen Umfang entlastet.

Die Kosten für die vorgesehenen Leistungen nach diesem Gesetz werden auf insgesamt 25,7 Mrd. DM geschätzt (ohne Investitionskosten). Sie werden mit Ausnahme der Kosten für die Anerkennung von Pflegezeiten in der Rentenversicherung, die durch den Bund getragen werden, durch Beiträge gedeckt. Die Beiträge werden bei unselbständig Beschäftigten (Arbeitnehmer und Beamte) je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber bzw. Dienstherrn erbracht; Selbständige tragen den Beitrag allein. Der Grundsatz der hälftigen Beitragsübernahme gilt auch bei Sozialleistungsempfängern; lediglich bei bedarfsorientierten Sozialleistungen übernimmt der Leistungsträger den gesamten Beitrag. Nicht erwerbstätige Pflegepersonen, minderjährige Kinder und Personen, die wegen Kindererziehung nicht erwerbstätig sind, werden beitragsfrei versichert.

Bei einer Versicherungspflicht der Gesamtbevölkerung, einer Beitragsbemessungsgrenze wie in der gesetzlichen Rentenversicherung, d. h. 6.500 DM und der o. a. Beitragspflicht kann der Leistungskatalog mit einem Beitragssatz von insgesamt 1,4 % finanziert werden. Angesichts der Bedeutung der Aufgabe und den Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ist diese Belastung für die Versicherten und die sonstigen Beitragszahler vertretbar.

1. **Von der Pflegeversicherung zu tragende Kosten/Jahr**

- Häusliche Pflege	10.897 Mio DM
- Ersatzpflegekraft und stationäre Kurzzeitpflege	708 Mio DM
- stationäre Pflege	12.420 Mio DM
- Flankierende Maßnahmen	350 Mio DM
- Verwaltungskosten	700 Mio DM
insgesamt	25.075 Mio DM

Diese Leistungen werden mit einem Gesamtbeitragssatz finanziert, der 1,4 % nicht überschreitet (ohne Einsparungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, vgl. Nr. 4)

2. **Vom Bund zu finanzieren**

- Rentenversicherung für Pflegepersonen (im Zeitpunkt der Fälligkeit der Rentenanwartschaften)	510 Mio DM
- Unfallversicherung für Pflegepersonen	110 Mio DM
- Anschubfinanzierung für die neuen Länder (noch nicht quantifizierbar)	

3. **Von Ländern und Kommunen zu finanzieren**

Pflegebedingter Teil der Investitionskosten, das sind für den Heimbestand	1.836 Mio DM

Die Kosten für Heimneubauten sind hierbei nicht eingerechnet.

4. **Einsparungen**

- In der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Fortfall der bisherigen Leistungen für Schwerpflegebedürftige	5.100 Mio DM
- Entlastung der Sozialhilfeträger in den alten Ländern	6.500 Mio DM

B Besonderer Teil

Zu Artikel 1 - SGB VII

Zum Ersten Kapitel - Allgemeine Vorschriften

Zu § 1 (Aufgabe der Versicherung)

Zu Absatz 1

Pflegebedürftigkeit hat Abhängigkeit von Anderen bei geringer oder ganz fehlender eigener Mobilität zur Folge. Das erklärte Ziel der Pflegeversicherung ist es deshalb, Pflegebedürftige so weit wie möglich zu einem selbstbestimmten Leben zu befähigen. Sie muß dabei auf individuell sehr unterschiedliche Lebenssituationen und Wünsche der Betroffenen Rücksicht nehmen. Folgerichtig gibt die Pflegeversicherung auch den Pflegebedürftigen ein Wahlrecht zwischen häuslicher und stationärer Pflege. Bei der häuslichen Pflege kann der Pflegebedürftige außerdem zwischen einer Pflegehilfe als Sachleistung und einem nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelten Pflegegeld wählen. Damit sollen die Möglichkeiten zur häuslichen Pflege verbessert werden und die Bereitschaft der Pflegebedürftigen, sich zu Hause pflegen zu lassen, gefördert werden. Gleichzeitig sollen Angehörige, Nachbarn und Freunde zur häuslichen Pflege motiviert und bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe entlastet werden.

Die Formulierung "beitragen" verdeutlicht, daß auch mit den Leistungen der Pflegeversicherung ein vollständiger Ausgleich der pflegebedingten Belastungen nicht erreicht werden kann. Mit der verbesserten Absicherung des Lebensrisikos der Pflegebedürftigkeit durch die Solidargemeinschaft Pflegeversicherung soll die Leistungsfähigkeit der Pflegenden gestärkt und so die Situation der Pflegebedürftigen verbessert werden. Folgerichtig sieht die Pflegeversicherung Leistungen sowohl für Pflegebedürftige als auch für die Pflegepersonen vor.

Zu Absatz 2

Sowohl für den einzelnen Versicherten als auch für die Solidargemeinschaft ist eine Pflege sinnvoll und vorteilhaft, die alle Möglichkeiten zur Aktivierung und Rehabilitation nutzt. Dadurch kann eine vorzeitige und/oder dauernde Pflegebedürftigkeit in vielen Fällen vermieden, hinausgezögert oder verringert werden. Deshalb wird dieses Ziel auch für die Pflegeversicherung unterstrichen. Davon unberührt bleibt Rehabilitation Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung; ihre vorrangige Leistungsverpflichtung auch im Bereich der geriatrischen Rehabilitation bleibt bestehen. Die Verpflichtung der Versicherten zur Mitwirkung ergibt sich aus §§ 60 bis 66 SGB I.

Zu § 2 (Personenkreis)

Zu Absatz 1

Der Begriff der erheblichen Pflegebedürftigkeit geht von der bisherigen Definition im BSHG aus. Allerdings zählen zu den gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens nicht nur die personenbezogenen Leistungen, wie z. B. An- und Auskleiden, Waschen, Frisieren oder Hilfe beim Essen und Trinken, sondern auch die hauswirtschaftliche Versorgung. Letztere wurde ausdrücklich im Gegensatz zu den Vorschriften des BSHG und des BVG in den Entwurf aufgenommen, da gegenüber der Praxis dieser beiden Gesetze eine bewußt andere Regelung getroffen werden sollte. Es wird davon ausgegangen, daß bei Zunahme des Bedarfs an hauswirtschaftlicher Versorgung der Anteil der Grundpflege in gleichem Maße steigt. Die Erforderlichkeit von hauswirtschaftlicher Versorgung alleine wird daher keine erhebliche Pflegebedürftigkeit begründen.

Der im BSHG gebräuchliche eher technische Begriff der "Wartung" wird in diesem Gesetz durch den stärker personenbezogenen Begriff der "Betreuung" abgelöst. Inhaltlich steht die veränderte Terminologie der sinngemäßen Anwendung des früheren Begriffes nicht entgegen.

Abweichend vom BSHG wird in diesem Gesetz außerdem die Behinderung als auslösendes Moment für die Pflegebedürftigkeit benannt. Diese Leistungsvoraussetzung entspricht einer finalen Betrachtungsweise:

Der Begriff "Behinderung" umfaßt körperliche, geistige oder seelische Regelwidrigkeiten, die stets einen länger andauernden Leidenszustand erwarten läßt. Im Hinblick darauf, daß die Behinderung durch mehrere Ursachen (Krankheit, Unfall, angeborene Behinderung, Gebrechlichkeit) bedingt sein kann, muß auf eine Aufzählung, die immer unvollständig bleiben müßte, verzichtet werden. "Behinderung" ist also als Oberbegriff zu verstehen.

Erheblich pflegebedürftig ist deshalb auch, wer aufgrund seiner chronisch psychischen Beeinträchtigungen auf Dauer Hilfen zur Gestaltung des Tagesablaufes und zur Wiederaufnahme von sozialen Fähigkeiten bedarf.

Die Formulierung "in erheblichem Umfang" grenzt ähnlich wie in § 69 Abs. 3 BSHG die erhebliche Pflegebedürftigkeit von leichter Pflegebedürftigkeit ab. Dies bedeutet, daß eine gewisse Summierung von erforderlichen Pflegeleistungen vorliegen muß. Eine Pflegeperson muß in so erheblichem Maße in Anspruch genommen werden, daß ihre Hilfe einen wirtschaftlich meßbaren Wert hat. Diese Voraussetzung ist auch bei ständig notwendiger Bereitschaft zum Eingreifen durch die Pflegeperson erfüllt.

Erheblich pflegebedürftig sind also Personen, die in mehreren Bereichen nicht in der Lage sind, sich selbst zu helfen und auf Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung täglich angewiesen sind, auch wenn in Teilbereichen noch Eigenaktivitäten möglich sind.

Zu Absatz 2

Eine außergewöhnliche Pflegebedürftigkeit setzt voraus, daß eine ständige, zeitintensive, präventive, aktivierende und rehabilitative Pflege notwendig ist, die entsprechender Qualifikation der Pflegepersonen, ständiger Anwesenheit oder Erreichbarkeit etc. bedarf. Außergewöhnlich Pflegebedürftige benötigen also intensive Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung, die über den in Abs. 1 definierten erheblichen Umfang deutlich hinausgeht.

Deshalb ist Grundtypus der außergewöhnlichen Pflegebedürftigkeit die dauernde Bettlägerigkeit bzw. das dauernde Krankenlager. Liegt Bettlägerigkeit nicht vor, ist Voraussetzung, daß ein vergleichbarer Pflegeaufwand erforderlich ist.

Zu Absatz 3

Bei Schwerstpflegebedürftigen liegen typischerweise Lähmungen oder andere Funktionsstörungen vor, die eine ständige intensive Pflege erfordern. Die Zugehörigkeit zum Personenkreis der §§ 24 Abs. 2 BSHG und 35 Abs. 1 BVG bedeutet nicht zwangsläufig, daß Schwerstpflegebedürftigkeit vorliegt. Es hat in jedem Einzelfall eine Prüfung der Voraussetzungen zu erfolgen. Das Nähere wird durch die Rechtsverordnung nach Abs. 5 geregelt werden.

Zu Absatz 4

Pflegepersonen i.S. dieser Vorschrift sind Personen, die eine als dauerhaft geplante Pflegetätigkeit deshalb ausüben, weil sie dem Pflegebedürftigen nahe stehen, z. B. Familienangehörige, Nachbarn und Freunde und keine Erwerbstätigkeit damit verbinden.

Zu Absatz 5

Um den Trägern die Leistungserbringung zu erleichtern und eine einheitliche Handhabung des Gesetzes zu gewährleisten, wird der für die Pflegeversicherung zuständige Bundesminister verpflichtet, den leistungsberechtigten Personenkreis näher zu definieren.

Zu § 3 (Vorrang häuslicher Pflege)

Das Gesetz geht davon aus, daß häusliche Pflege grundsätzlich der stationären Pflege vorzuziehen ist. Die Vorschrift enthält deshalb den programmatischen Auftrag an die Träger der Pflegeversicherung für den Aufbau einer im Vergleich zur stationären Versorgung qualitativ und quantitativ ebenso guten und umfassenden ambulanten Versorgung zu sorgen. Die Leistungen der Pflegeversicherung tragen diesem Ziel Rechnung. Zur häuslichen Pflege zählen dabei auch solche Pflegeangebote, die außerhalb der häuslichen Umgebung, aber nur vorübergehend und/oder nicht ganztägig in Anspruch genommen werden (z. B. Tagespflege, Kurzzeitpflege). Unabhängig vom Vorrang der häuslichen Pflege bleibt das Wahlrecht der Versicherten (§ 4).

Zu § 4 (Grundsätze der Leistungserbringung)

Zu Absatz 1

Durch das Wahlrecht wird unterschiedlichen Lebenssituationen von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen Rechnung getragen und dem Pflegebedürftigen ein selbstbestimmtes Leben im Rahmen seines Gesundheitszustandes ermöglicht.
Die Vorschrift steht nicht im Widerspruch zu dem in § 3 normierten Vorrang der häuslichen Pflege. Vielmehr wird die bisher vernachlässigte ambulante Pflege durch die sich aus § 3 ergebende Angebotsverbesserung aufgewertet und so dem Pflegebedürftigen ein wirkliches Wahlrecht zwischen ambulanter und stationärer Pflege gegeben.

Zu Absatz 2

Absatz 2 will eine Bevormundung des Pflegebedürftigen verhindern und seine Selbstverantwortung auch im Bereich der Pflege hervorheben. Daher hat der Träger der Pflegeversicherung grundsätzlich die Wünsche des Pflegebedürftigen zu berücksichtigen. Entspricht er ihnen nicht, muß er darlegen, daß die Wünsche unangemessen sind. Das ist dann der Fall, wenn sie hinsichtlich der Pflege nicht sinnvoll oder unter Beachtung der Grundsätze der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit (Absatz 5) nicht angemessen sind bzw. zu unverhältnismäßig hohen Mehrkosten führen.

Zu Absatz 3

Die Träger der Pflegeversicherung werden verpflichtet, für ein differenziertes Angebot zu sorgen, damit der Versicherte unter mehreren Leistungserbringern wählen kann. Ein wichtiger Bestandteil dieses Wahlrechts sind die weltanschaulichen Bedürfnisse des Versicherten. Ihnen ist sowohl bei der Auswahl der Leistungserbringer durch die Träger der Pflegeversicherung wie auch bei der Art und Weise der Leistungserbringung selbst Rechnung zu tragen.

Zu Absatz 4

Die Wahlfreiheit des Versicherten zwischen den einzelnen Einrichtungen wird mit der Einschränkung gewährleistet, daß mit den Einrichtungen Versorgungsverträge abgeschlossen sein müssen. Diese Einschränkung stellt sicher, daß Kosten und Leistung bei den zur Auswahl stehenden Leistungserbringern in einem adäquaten Verhältnis zueinander stehen.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift entspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 12 SGB V).

Zu Absatz 6

Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung soll ein Leistungstransfer in das Ausland grundsätzlich nicht stattfinden (§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Dies gilt auch für das Gebiet der EG, weil derzeit Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nicht in den sachlichen Geltungsbereich der Verordnung 1408/71 einbezogen sind. Ausnahmen hiervon können durch zwischenstaatliche Regelungen getroffen werden. Auch die Belange der Grenzgänger können auf diese Weise gewahrt werden.

Zu § 5 (Sicherstellung der Versorgung)

Zu Absatz 1

Die Länder sind verpflichtet, unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Landespflegekonferenz Bedarfspläne nach den jeweiligen landesrechtlichen Regelungen aufzustellen. Die Bedarfspläne sollen den pflegerischen Bedarf in der ambulanten und stationären Pflege festlegen und die Grundlage für die Investitionsentscheidungen der Länder und Kommunen bilden.

Es ist Sache der Länder zu regeln, wie und in welchem Umfang Länder und Kommunen sich an den investiven Kosten beteiligen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift überträgt den Versicherungsträgern die Sicherstellung der ambulanten und stationären Pflege. Der Sicherstellungsauftrag erstreckt sich auf eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung und hat sowohl qualitative als auch quantitative Kriterien zu berücksichtigen. Das Nähere regeln die Vorschriften über die Beziehungen der Träger der Pflegeversicherung zu den Leistungserbringern.

In dem Umfange, in dem nach Landesrecht andere öffentlich-rechtliche Körperschaften für die Sicherstellung der Versorgung zuständig sind, tritt der Sicherstellungsauftrag der Träger der Pflegeversicherung dahinter zurück.

Zum Zweiten Kapitel - Versicherter Personenkreis

Zu § 6 (Versicherungspflicht)

Die Konzeption des Gesetzes sieht eine die gesamte Wohnbevölkerung umfassende Pflegeversicherung als Pflichtversicherung vor, weil das Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit jeden treffen kann.

Bei einer die Gesamtbevölkerung umfassenden Versicherung besteht nicht die Gefahr einer negativen Risikoauslese. Die entstehenden Kosten werden von der größtmöglichen Solidargemeinschaft getragen. Deshalb werden auch Ausländer grundsätzlich in die Versicherungspflicht einbezogen. Von der Versicherungspflicht ausgenommen sind

jedoch Ausländer, die keinen gesicherten Aufenthaltsstatus haben (insbesondere Asylbewerber und de-facto-Flüchtlinge). Versicherungspflicht besteht bei diesem Personenkreis jedoch dann, wenn er erlaubt einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit nachgeht. Durch diese Regelung wird eine Gleichstellung aller Versicherten erreicht, die berufstätig sind.

Zu § 7 (Versicherungsfreiheit)

Wer erstmalig nach Erreichen des 55. Lebensjahres seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in den Geltungsbereich dieses Gesetzes verlegt, ist versicherungsfrei und bei Pflegebedürftigkeit auf die einkommens- und vermögensabhängigen Leistungen des BSHG zu verweisen. Diese Einschränkung der Versicherungspflicht ist vor dem Hintergrund des hohen Leistungsniveaus und zum Schutz der Solidargemeinschaft der Pflegeversicherung notwendig. Die gewählte Altersgrenze orientiert sich an der überwiegenden Regelung in Satzungen für die freiwillige Versicherung von Schwerbehinderten nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.

Zu § 8 (Freiwillige Versicherung)

Versicherte, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in das Ausland verlegt haben, erwerben bei ihrer Rückkehr erst nach fünf Jahren Leistungsansprüche. Um diese Wartezeit zu vermeiden, soll ihnen die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung aus dem Ausland eröffnet werden. Zeiten der freiwilligen Versicherung stehen insoweit Zeiten des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes im Inland gleich.

Satz 2 dient der Umstellung des Versicherungsverhältnisses und der Anpassung an einen veränderten Beitrag (vgl. § 35). Mit Ablauf dieser Frist erlischt die Versicherungsberechtigung (Ausschlußfrist).

Satz 3 soll die notwendige Beitragszahlung sichern. Der Versicherte ist jedoch bei der Umstellung seines Versicherungsverhältnisses auf die Rechtsfolgen der Nichtentrichtung fälliger Beiträge hinzuweisen.

Zum Dritten Kapitel - Leistungen

Zu § 9 (Übersicht über die Leistungen der Pflegeversicherung)

Die Vorschrift enthält eine Übersicht über die Leistungen der Pflegeversicherung. Die konkreten Leistungsvoraussetzungen ergeben sich aus den folgenden Vorschriften. Die Verwendung des Begriffs "Leistung" verdeutlicht, daß es sich um Rechtsansprüche handelt, die unabhängig von der Einkommens- oder Vermögenslage des Versicherten bestehen.

Zu § 10 (Leistungsberechtigte)

Die Regelung stellt sicher, daß der Leistungsanspruch nicht schon bei vorübergehendem Aufenthalt im Inland entsteht. Zur Vermeidung einer Überforderung der Solidargemeinschaft ist der Zeitraum von 5 Jahren angemessen. Satz 3 ist eine Folgerung aus § 8.

Zu § 11 (Häusliche Pflegehilfe)

Der zuhause versorgte Pflegebedürftige wird in erster Linie durch Privatpersonen wie Verwandte, Freunde und Nachbarn oder durch vom Pflegebedürftigen selbst organisierte Pflegekräfte gepflegt. Gerade bei außergewöhnlich Pflegebedürftigen und Schwerstpflegebedürftigen ist eine ambulante Versorgung häufig nicht ohne den zusätzlichen Einsatz professioneller Pflegefachkräfte möglich. Deshalb haben die Versicherten ein Wahlrecht zwischen dem Pflegegeld gemäß § 12 oder der häuslichen Pflegehilfe einschließlich eines ergänzenden Pflegegeldes. Das Gesetz schreibt vor, daß häusliche Pflegehilfe durch geeignete Fachkräfte zu erbringen ist. Eine Pflegefachkraft kann auch dann eingesetzt werden, wenn die Pflegeperson nicht in der Lage ist, alle Hilfen zu geben, die der Pflegebedürftige benötigt.

Die Leistungen der professionellen Pflegekräfte erfolgen als Sachleistung durch die Träger der Pflegeversicherung. Dies ist erforderlich, um einen fachlichen Standard in der ambulanten Pflege einzuführen und zu sichern, der vor allem die aktivierende und rehabilitierende Pflege ermöglicht. Sollte ein Pflegebedürftiger die Pflegekraft selbst einstellen wollen, muß er das Pflegegeld wählen und die Pflegekraft daraus selbst finanzieren.

Zu Absatz 1

In der Regel ist davon auszugehen, daß der Einsatz professioneller Pflegekräfte nur bei außergewöhnlich Pflegebedürftigen und Schwerstpflegebedürftigen erforderlich ist. Deshalb soll auch nur dieser Personenkreis einen unbeschränkten Anspruch auf häusliche Pflegehilfe erhalten. Bei erheblich Pflegebedürftigen sind besondere Einzelfälle denkbar, in denen es unumgänglich ist, eine professionelle Pflegekraft einzusetzen.

Zu Absatz 2

Die von den Pflegefachkräften zu erbringenden Leistungen werden in Satz 2 näher definiert. Dabei geht es ausschließlich um die von der Pflegeversicherung zu erbringenden Leistungen der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung.

Als Beispiel für die Grundpflege sind zu nennen die Hilfe beim Aufstehen und Zubettgehen, beim An- und Auskleiden, bei der Körperpflege, beim Essen und Trinken, bei der Verrichtung der Notdurft und bei der Bewegung innerhalb der Wohnung. Dazu gehören aber auch Leistungen, die sich aus psychischen Veränderungsprozessen, etwa Desorientierung, Verwirrtheit, motorischer Unruhe ergeben.

Grundgedanke der aktivierenden und rehabilitierenden Pflege ist es, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden oder soweit wie möglich zu verringern. Die aktivierende Pflege soll u.a. dann eingreifen, wenn zwar eine Verbesserung des Gesundheits- bzw. Pflegezustandes nicht zu erwarten ist, die Erlangung größerer Selbständigkeit oder Erleichterung der Lebensführung jedoch möglich erscheinen. Hierfür kommen alle geeigneten Rehabilitationsmaßnahmen in Betracht, insbesondere Krankengymnastik, Bewegungs- und Beschäftigungstherapie sowie allgemeines Leistungstraining und Realitätsorientierung.

Die hauswirtschaftliche Versorgung muß im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit stehen. Sie umfaßt insbesondere Einkaufen, Zubereitung der Mahlzeiten, Reinigen und Aufräumen der Wohnung, Wäschewaschen, Geschirrspülen, Bettenmachen.

Zu Absatz 3

Die Leistung der häuslichen Pflege wird auf 60 Pflegeeinsätze bzw. 1.800 DM im Kalendermonat begrenzt. In besonders begründeten Einzelfällen können die Kosten für pflegebedingte zusätzliche Pflegeeinsätze übernommen werden. Auf diese Weise wird erstmalig erreicht, daß die ambulanten Leistungen - unter Berücksichtigung des ergänzend gezahlten gekürzten Pflegegeldes - den Leistungen bei stationärer Versorgung entspricht. Die gleiche Leistungshöhe unterstreicht auch das Wahlrecht des Versicherten zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Soweit im Einzelfall, z. B. im Rahmen der individuellen Schwerstbehindertenbetreuung, eine notwendige ambulante Versorgung nur mit zusätzlichem Betreuungsaufwand möglich ist, sind die Kosten hierfür im Rahmen der Regelungen des BSHG vom Sozialhilfeträger ergänzend zu tragen. Durch die mit diesem Gesetz verbundene Novellierung des Bundessozialhilfegesetzes gibt es für die Betroffenen deutlich verbesserte Einkommensgrenzen. Der Verweis auf die ergänzenden Leistungen des BSHG ist sozialpolitisch vertretbar, weil die individuelle Betreuung Schwerstbehinderter nicht Gegenstand einer gesetzlichen Pflegeversicherung sein kann.

Die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe sollen dynamisiert werden. Eine Anknüpfung an die Bezugsgröße gem. § 18 SGB IV ist insofern sinnvoll, als es sich bei den Kosten professioneller Pflege fast ausschließlich um Personalkosten handelt, die an die allgemeine Lohnentwicklung angekoppelt werden müssen.

Zu Absatz 4

Abs. 4 entspricht dem bisherigen § 53 Abs. 2 SGB V. Er soll den Vorrang der häuslichen Krankenpflege gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung betonen und die Leistungen gegeneinander abgrenzen. Dies bedeutet, daß pflegerische Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, vor allem die Behandlungspflege, vorrangig erbracht werden.

Zu § 12 (Pflegegeld)

Die Vorschrift regelt das Pflegegeld bei häuslicher Pflege. Mindestvoraussetzung für ein Pflegegeld ist erhebliche Pflegebedürftigkeit. Kosten, die im Rahmen einer geringeren Pflegebedürftigkeit anfallen, können in der Regel vom Versicherten oder seiner Familie selbst aufgebracht werden. Soweit dies aus finanziellen Gründen nicht möglich sein sollte, steht mit § 68 Abs. 2 BSHG eine Auffangregelung zur Verfügung.

Die Höhe des Pflegegeldes ist entsprechend den in § 2 festgelegten Stufen der Pflegebedürftigkeit gestaffelt. Das Pflegegeld ist ein Ausgleich für die Mehraufwendungen im Haushalt des Pflegebedürftigen und dient der Erhaltung der Pflegebereitschaft etwa der Angehörigen im häuslichen Bereich. Das Pflegegeld ist so bemessen, daß der Pflegebedürftige eigenständig die notwendigen Pflegeleistungen erwerben kann.

Bei der Höhe des Pflegegeldes muß berücksichtigt werden, daß das Pflegegeld gemäß § 69 BSHG für Schwerstpflegebedürftige 928 DM monatlich bis zum 30. Juni 1992 beträgt. Für die Schwerstpflegebedürftigen bedeutet ein Pflegegeld von 1.500 DM somit eine wesentliche Leistungsverbesserung.

Die Abstufung des Pflegegeldes erfolgt nicht in gleichen Abständen, weil der Unterschied im notwendigen Pflegeaufwand zwischen erheblicher und außergewöhnlicher Pflegebedürftigkeit deutlich größer ist, als der zwischen außergewöhnlicher Pflegebedürftigkeit und Schwerstpflegebedürftigkeit. Bei außergewöhnlicher Pflegebedürftigkeit ist dauernde Bettlägerigkeit oder ein vergleichbarer Pflege- und Betreuungsaufwand notwendig. Die Höhe des Pflegegeldes trägt dem Rechnung.

Zu Absatz 1

Grundsätzlich sollen erheblich Pflegebedürftige nur das Pflegegeld in Höhe von 500 DM monatlich erhalten. Die Kosten für eine häusliche Pflegehilfe können nur in besonders begründeten Einzelfällen anstelle des Pflegegeldes übernommen werden. Erheblich Pflegebedürftige erhalten damit erstmals einen Anspruch auf Leistungen außerhalb der Sozialhilfe.

Zu Absatz 2

Wie in der Begründung zu § 11 bereits ausgeführt, haben außergewöhnlich Pflegebedürftige und Schwerstpflegebedürftige ein Wahlrecht, entweder die häusliche Pflegehilfe als Sachleistung oder das Pflegegeld in Anspruch zu nehmen.

Zu Absatz 3

Im Rahmen der ambulanten Versorgung muß insbesondere für Schwerstpflegebedürftige ein auf den einzelnen Pflegebedürftigen zugeschnittenes "Netz" von Hilfe und Pflege organisiert werden. Dabei muß ein Nebeneinander beispielsweise von Tagespflege, dem Einsatz professioneller Pflegekräfte in der eigenen Wohnung und der Pflege durch Angehörige möglich sein.

Zweifellos führt der Einsatz von professionellen Pflegekräften, auch im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, zu einer Verringerung von Ausgaben beim Pflegebedürftigen, die sonst aus dem pauschalierten Pflegegeld zu finanzieren sind. Da beim Pflegebedürftigen jedoch bestimmte Mehraufwendungen, z. B. für Hilfsmittel, verbleiben, kann das Pflegegeld nicht vollkommen entfallen. Es wird bei Inanspruchnahme der Sachleistung auf ein Drittel reduziert.

Zu Absatz 4

Das Pflegegeld wird mit dieser Vorschrift dynamisiert. Eine Anknüpfung an die Bezugsgröße gem. § 18 SGB IV ist auch beim Pflegegeld sinnvoll, weil aus dem Pflegegeld überwiegend Personalkosten zu finanzieren sind, die auf diese Weise an die allgemeine Lohnentwicklung angekoppelt werden.

Zu Absatz 5

Diese Vorschrift stellt klar, daß bei stationärer Pflege und bei Krankenhauspflege kein Anspruch auf Pflegegeld besteht, weil alle notwendigen Pflegeleistungen als Sachleistung im Pflegeheim bzw. Krankenhaus erbracht werden.

Zu § 13 (Ersatzpflege und Kurzzeitpflege)

Die Vorschrift soll die Entscheidung zur Übernahme der häuslichen Pflege erleichtern. Sie will insbesondere die privaten Pflegepersonen entlasten und durch ein gestuftes Angebot verhindern, daß Pflegebedürftige bei Ausfall der Pflegeperson, z. B. durch Urlaub, Krankheit oder Kur unnötigerweise in stationäre Einrichtungen abgeschoben werden. Im Gegensatz zum bisherigen § 56 SGB V erfolgt die Pflege im erforderlichen Umfang, d.h. ohne Kostenbegrenzung. Deshalb entfällt auch der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe und Pflegegeld.

Kann Ersatzpflege nicht im erforderlichen Umfang geleistet werden, besteht ein Anspruch des Pflegebedürftigen auf vorübergehende Pflege und Betreuung außerhalb seines eigenen Haushalts oder seiner Familie in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung. Auch hierfür ist keine Kostenbegrenzung vorgesehen.

Die Leistungen nach Absatz 1 und 2 können nach Bedarf auch alternierend und/oder abschnittsweise in Anspruch genommen werden.

Zu § 14 (Tagespflege)

Zur Sicherstellung einer durchgehenden Versorgung im ambulanten Bereich haben Pflegebedürftige, die die Sachleistung nach § 11 gewählt haben, auch Anspruch auf Tagespflege. Durch diesen Anspruch anstelle oder ergänzend zur häuslichen Pflegehilfe wird den Fällen Rechnung getragen, in denen die Pflegeperson berufstätig ist oder sein möchte oder die Durchführung aktivierender oder rehabilitierender Pflege außerhalb des häuslichen Bereichs notwendig ist; ferner soll in besonderen Notlagen, z. B. bei kurzzeitiger massiver Verschlimmerung des psychischen und physischen Befindens des Pflegebedürftigen, stationäre Pflege vermieden werden.

Durch Satz 2 sollen eine finanzielle Überforderung der Pflegeversicherung und Mitnahmeeffekte vermieden werden.

Die Inanspruchnahme der Tagespflege nach Satz 1 und 2 ist nicht auf bestimmte Wochentage oder Tages- und Nachtzeiten beschränkt.

Zu § 15 (Beratung und Hilfe)

Mit der Vorschrift wird der allgemeine Beratungsanspruch des § 14 SGB I wiederholt und hinsichtlich Pflegebedürftiger und Pflegepersonen konkretisiert. Im Zusammenhang mit dem Vorrang der häuslichen Pflege müssen sowohl die Pflegebedürftigen als auch die Pflegepersonen (z.B. Familienangehörige) vor physischer und psychischer Überlastung geschützt werden. Dies erfordert insbesondere Hilfen zum Erwerb von Fertigkeiten für die eigenständige Durchführung der Pflege sowie eine Beratung hinsichtlich der Organisation der Pflege.

Zu § 16 (Wohnungshilfen)

Zu Absatz 1

Absatz 1 gibt einen grundsätzlichen Anspruch auf Wohnungshilfen, sagt allerdings noch nichts über die Ausgestaltung der Förderung aus. Die vorgesehene Leistung zielt sowohl auf die Erhaltung als auch auf die Beschaffung einer Wohnung ab, wobei die in der Person des Pflegebedürftigen liegenden besonderen Bedürfnisse zu berücksichtigen sind.

Zu Absatz 2

Absatz 2 konkretisiert die Voraussetzungen für die Gewährung der Wohnungshilfen. Durch die Ausgestaltung als Sollvorschrift wird den Trägern in atypischen Fällen ein Ermessen eingeräumt; insbesondere kann so den unterschiedlichen materiellen Bedingungen der Pflegebedürftigen Rechnung getragen werden. Während das Pflegegeld als nicht zweckgebundene Leistung dem Pflegebedürftigen den selbständigen und eigenverantwortlichen Mitteleinsatz für sich ermöglicht, sind die Wohnungshilfen an eine Zweckbestimmung gebunden und rechtfertigen damit einen Entscheidungsspielraum in atypischen Fällen. Ob die vorgesehene Geldleistung in Form einer Beihilfe oder eines Darlehens erbracht wird, hängt von der Lage des Einzelfalls,

d.h. von wirtschaftlichen Gesichtspunkten, dem Alter des Pflegebedürftigen und den sonstigen zu berücksichtigenden Umständen ab.

Zu Absatz 3

Absatz 3 konkretisiert Absatz 1 und 2; die Aufzählung ist beispielhaft und nicht abschließend, erfaßt aber die in der Praxis relativ häufig zu erwartenden Fälle, in denen Hilfe zur Erhaltung oder Beschaffung einer Wohnung angezeigt ist.

Grundsätzlich werden Wohnungshilfen an den Pflegebedürftigen selbst geleistet. Eine Ausnahme bildet die Aufnahme eines Pflegebedürftigen in den Haushalt der Pflegeperson. In diesem Fall ist davon auszugehen, daß der überwiegende Teil der Mehrkosten für die Anpassung der Wohnverhältnisse bei der Pflegeperson entsteht. Deshalb kann hier mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch unmittelbar an die Pflegeperson geleistet werden.

Zu Absatz 4

Absatz 4 begründet sich im Anspruch der Pflegeversicherung, solange wie möglich eine Pflege in häuslicher Umgebung zu ermöglichen. Da wegen der Möglichkeiten der aktivierenden und rehabilitierenden Pflege die Aufnahme in ein Pflegeheim in vielen Fällen nicht zwangsläufig für immer erfolgen muß, gibt die Vorschrift einen Anspruch auf Übernahme der Kosten für den Erhalt der Wohnung. Im Hinblick auf § 4 Absatz 5 ist eine Begrenzung auf 6 Monate erforderlich.

Zu Absatz 5

Absatz 5 verpflichtet die für die Pflegeversicherung zuständigen Bundesminister zur näheren Ausgestaltung der Anspruchsvoraussetzungen und Leistungsgewährung durch Rechtsverordnung.

Zu § 17 (Fahr- und Transportkosten)

Werden Pflegeleistungen außer Haus, aber nicht stationär erbracht, werden die Kosten für öffentliche Verkehrsmittel oder ambulante Fahrdienste erstattet. Diese Vorschrift deckt vor allem die Fahrten zu Einrichtungen der Tagespflege ab.

Die volle Übernahme dieser Kosten ist sachgerecht, da beispielsweise aus der regelmäßigen Fahrt zur Tagespflege eine Kostenbelastung für den einzelnen Betroffenen resultieren würde, die unzumutbar wäre.

Zu § 18 (stationäre Pflege)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift konkretisiert das in § 4 Abs. 1 normierte Wahlrecht zwischen ambulanter und stationärer Pflege. Es besteht uneingeschränkt, wenn außergewöhnliche Pflegebedürftigkeit oder Schwerstpflegebedürftigkeit vorliegt. Wenn lediglich erhebliche

Pflegebedürftigkeit besteht, ist davon auszugehen, daß im Regelfall eine häusliche Pflege ausreichend sein wird. Diese entspricht auch in den meisten Fällen den Wünschen der Betroffenen. Dennoch sind Einzelfälle denkbar, bei denen besondere objektive oder subjektive Gründe dafür sprechen, auch dem erheblich Pflegebedürftigen einen Anspruch auf stationäre Pflege einzuräumen. Dabei hat der Antragsteller die Gründe, aus denen die häusliche Pflege nicht möglich oder ihm nicht zumutbar sind, dem Träger der Pflegeversicherung darzulegen.

Zu Absatz 2

Entsprechend dem in der gesetzlichen Krankenversicherung bewährten Sachleistungsprinzip soll auch die stationäre Pflege als Sachleistung gewährt werden. Dies bedeutet, daß dem Pflegebedürftigen alle im Zusammenhang mit der stationären Pflege erforderlichen Leistungen zur Verfügung gestellt werden. Art, Inhalt und Umfang der Leistungen ergeben sich aus den Landespflegeverträgen nach § 23 Abs. 2 und dem jeweiligen Versorgungsvertrag nach § 24.

Die stationäre Betreuung und Pflege hat in der Regel in Einrichtungen zu erfolgen, die unter das Heimgesetz fallen. Die Erprobung anderer Formen der Behinderten- und Altenpflege soll jedoch dadurch nicht ausgeschlossen werden. Die Einrichtung muß darüber hinaus grundsätzlich im Bedarfsplan des Landes aufgenommen sein (§ 24 Abs. 2).

Aus dem Wort "insbesondere" ergibt sich, daß es sich nicht um eine abschließende Aufzählung handelt, so daß im Einzelfall auch andere Leistungen gewährt werden können. Pflegehilfsmittel sind Gegenstände, die im Einzelfall erforderlich sind, die Pflege zu ermöglichen oder den Erfolg der Pflege zu sichern, sofern es sich dabei nicht um Arznei-, Verband- oder Heilmittel oder pflegebedingte Investitionsgüter nach Absatz 3 oder Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handelt.

Zu Absatz 3

Die Kostentragung für Unterkunft und Verpflegung durch den Pflegebedürftigen ist gerechtfertigt, weil diese Kosten für ihn auch bei einem Verbleib in der Wohnung anfallen würden. Im Gegensatz zu einem vorübergehenden Krankenhausaufenthalt ist stationäre Pflege in der Regel dauerhaft erforderlich und es wird die eigene Wohnung aufgegeben. Auch deshalb ist die Übernahme der Unterkunftskosten in Pflegeheimen durch den Pflegebedürftigen selbst sachgerecht. Insgesamt wird somit die stationäre Pflege hinsichtlich des Leistungsumfangs der häuslichen Pflege gleichgestellt.

Um eine möglichst genaue und bundeseinheitliche Abgrenzung der einzelnen Kostenblöcke zu erreichen, wird der für die Pflegeversicherung zuständige Bundesminister zum Erlaß einer Rechtsverordnung verpflichtet. Zur praxisgerechten Handhabung können die einzelnen Kostenteile pauschaliert werden. Eine solche Pauschalierung bietet sich insbesondere deshalb an, weil durch sie zu große Unterschiede bei der Mietbelastung, die durch unterschiedliche

Träger oder Finanzierungsstrukturen der Heime auftreten können, vermieden werden. Durch die vorgeschriebene Offenlegung der einzelnen Kostenteile können auch Heimbewohner Wohngeld erhalten.

Zu § 19 (Verfahren)

Zu Absatz 1

Die Ansprüche gegen die Pflegeversicherung entstehen in der Person des Pflegebedürftigen, auch wenn sie zum Teil Dritten zugute kommen. Der Antrag muß daher vom Berechtigten oder von einem bevollmächtigten Dritten gestellt werden.

Leistungen der Pflegeversicherung werden nur auf Antrag gewährt und zwar vom Beginn des Antragsmonats für den vollen Monat, soweit die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

Im übrigen gelten die allgemeinen Verfahrensregelungen des SGB X.

Zu Absatz 2

Die Entscheidung über den Antrag trifft der Träger der Pflegeversicherung. Vor dieser Entscheidung muß durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung geprüft werden, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt. Vor allem soll der Medizinische Dienst den Grad der Pflegebedürftigkeit prüfen (§ 2).

Der Medizinische Dienst wird bereits heute zur Beurteilung der Schwerpflegebedürftigkeit herangezogen und hat entsprechende Fachkompetenz entwickelt. Die dabei gemachten Erfahrungen haben jedoch gezeigt, daß bei der Prüfung der Pflegebedürftigkeit und vor allem bei der Entwicklung von Vorschlägen, mit welchen Leistungen dem Pflegebedürftigen am besten geholfen werden kann, auch Pflegefachkräfte erforderlich sind, die den medizinischen Sachverstand der Ärzte ergänzen. Insbesondere ist der Sachverstand von Pflegefachkräften gefragt für die Beurteilung, ob und ggf. welche Maßnahmen für eine aktivierende und rehabilitierende Pflege geeignet sind.

Zu Absatz 3

Für eine umfassende Beurteilung der Bedarfssituation des Pflegebedürftigen ist im Regelfall eine Untersuchung im häuslichen Bereich erforderlich. Dies entspricht dem bisherigen § 275 Abs. 2 Nr. 2 SGB V. Auf diese Weise wird sichergestellt, daß in der Regel nicht nach Aktenlage entschieden wird. Bei der Entscheidung sind die gesamten Lebensumstände des Pflegebedürftigen zu berücksichtigen.

Die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes soll nicht nur Feststellungen über den Grad der Pflegebedürftigkeit beinhalten, sondern auch Empfehlungen über Art und Umfang der Leistung. Damit ist es auch Aufgabe des Medizinischen Dienstes, Stellung zu nehmen zu der Frage, ob und in welchem Umfang häusliche Pflegehilfe, Tagespflege, Ersatzpflege oder Kurzzeitpflege notwendig sind. Dabei sollte der Medizinische Dienst die sachgerechte Versorgung gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen erörtern.

Auch vor der Entscheidung über die Bewilligung stationärer Pflege sollte der Medizinische Dienst beteiligt werden. Die Entscheidung über stationäre Pflege ist sowohl für die Betroffenen als auch für die Pflegeversicherung von wesentlicher Bedeutung. Im Rahmen der Stellungnahme kann der Medizinische Dienst auch eine befristete Aufnahme des Pflegebedürftigen in eine Einrichtung "auf Probe" vorschlagen. In dieser Zeit werden die Kosten für den Erhalt der bisherigen Wohnung für längstens sechs Monate in angemessenem Umfang (§ 16 Abs. 4) übernommen.

Zu Absatz 4

Erfahrungsgemäß verändert sich bei vielen Pflegebedürftigen die Situation im Laufe der Zeit. Deshalb wird durch diese Vorschrift sichergestellt, daß die Leistungen den jeweiligen Erfordernissen angepaßt und hinsichtlich der Leistungsvoraussetzungen überprüft werden können. Dabei sind die Besonderheiten des Pflegeverlaufs im Einzelfall zu berücksichtigen. Der Träger der Pflegeversicherung soll dadurch auch sicherstellen, daß dem Pflegebedürftigen bei Verschlechterung seines Zustandes in Erfüllung der Beratungsverpflichtung nach § 15 rechtzeitig ergänzende Leistungen angeboten werden.

Auch bei der Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen ist in der Regel eine Stellungnahme des Medizinschen Dienstes erforderlich.

Zu § 20 (Verhältnis zu Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften)

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

Mit der hier gewählten Formulierung ist sichergestellt, daß die Ansprüche nach dem BSHG nachrangig sind, weil § 28 SGB I ausgeklammert wurde. Dies führt zu der gewünschten Entlastung der Sozialhilfe. Gleichwohl bleibt auch der Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz ein Anwendungsbereich erhalten, etwa wenn aufgrund der wohnsitzbezogenen Wartefrist nach § 10 keine Leistungsberechtigung nach diesem Gesetz besteht.

Die Vorschrift regelt nur den Vorrang gleichartiger Leistungen nach anderen bundesgesetzlichen Regelungen; sie läßt landesgesetzliche Regelungen im übrigen unberührt.

Zum Vierten Kapitel - Beziehungen der Träger der Pflegeversicherung zu den Leistungserbringern

Zu § 21 (Grundsatz)

Die Vorschrift ist dem Ersten Abschnitt des Vierten Kapitels des SGB V nachgebildet. Sie gewährleistet die Anwendung der bewährten Vorschriften über Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserbringung im Rahmen der Pflegeversicherung.

Neu ist der Begriff der pflegerischen Versorgung. Er wird in § 22 näher umschrieben.

Durch Satz 2 werden vor allem das Wirtschaftlichkeitsgebot und der Grundsatz der Beitragssatzstabilität für entsprechend anwendbar erklärt. Für den Grundsatz der Beitragssatzstabilität bedeutet dies, daß bei der Vereinbarung von Leistungsentgelten Beitragssatzerhöhungen vermieden werden sollen, es sei denn, die notwendige pflegerische Versorgung ist auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten (vgl. § 141 Abs. 2 SGB V).

Zu § 22 (Pflegerische Versorgung)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift gebietet ein enges Zusammenwirken der Versicherungsträger und der Leistungserbringer bei der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. Hierfür kommen freigemeinnützige und private Träger in Frage. Leistungserbringer in diesem Sinne sind zudem die Kommunen als Träger von Pflegeeinrichtungen und sozialen Diensten (Sozialstationen). Einzelheiten sollen in Verträgen auf Landesebene und in Versorgungsverträgen (§§ 23 und 24) festgelegt werden.

Zu Absatz 2

Der Begriff der pflegerischen Versorgung erstreckt sich auf alle Sach- und Dienstleistungen, die von den Leistungserbringern im Rahmen vertraglicher Regelungen nach diesem Gesetzbuch zur Verfügung zu stellen sind, um die Leistungsansprüche der Versicherten zu erfüllen. Er umfaßt auch die Anordnung und Verordnung von Leistungen sowie die Ausfertigung der notwendigen Bescheinigungen und die Erstellung von Berichten und Gutachten, die die Träger der Pflegeversicherung und der Medizinische Dienst zur Durchführung der Pflegeversicherung benötigen.

Im einzelnen umfaßt die pflegerische Versorgung die häusliche Pflegehilfe nach § 11, die Ersatz- und Kurzzeitpflege nach § 13, die Tagespflege nach § 14, die Beratung nach § 15, soweit sie durch die Leistungserbringer und nicht durch die Leistungsträger nach § 14 SGB I erfolgt, die Hilfe zum Erwerb von Fertigkeiten für die eigenständige Durchführung der Pflege nach § 15, die Fahr- und Transportleistungen nach § 17 sowie die stationäre Pflege in Heimen nach § 18 Abs. 2.

Zu Absatz 3

Nicht zur pflegerischen Versorgung gehören Dienstleistungen, die sich der Pflegebedürftige unter Einsatz des Pflegegeldes (§ 12) selbst beschafft sowie Maßnahmen der Wohnungshilfe. Sie unterliegen deshalb auch nicht vertraglicher Ausgestaltung nach Abs. 1. Das gilt auch für die Kosten der Unterkunft und Verpflegung nach § 18 Abs. 3.

Zu § 23 (Landespflegeverträge)

Zu Absatz 1

Zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung sind auf der Ebene der Länder einheitliche Verträge abzuschließen. Vertragsparteien sind auf seiten der Versicherungsträger die Landesverbände der Krankenkassen; die Verbände der Ersatzkassen sollen sich durch ihre Landesvertretungen vertreten lassen. § 28 Abs. 2 gewährleistet in Verbindung mit § 30 SGB IV, daß die Landesverbände die Aufgaben wahrnehmen dürfen.

Vertragspartner auf der Seite der Leistungserbringer sind die zur Wahrnehmung wirtschaftlicher Interessen auf Landesebene gebildeten Organisationen. Es sollen jedoch nur die maßgeblichen Landesorganisationen beteiligt werden. Dazu gehören insbesondere die freien Wohlfahrtsverbände und die kommunalen Spitzenverbände.

Zu Absatz 2

Abs. 2 bestimmt den Inhalt der Verträge. Die Aufzählung ist nicht abschließend. Der den Vertragsparteien eingeräumte Spielraum findet seine Grenzen dort, wo gesetzliche Regelungen im materiellen Sinne (z. B. Heimgesetz, Heimmindestbauverordnung) vorgehen oder der Vertragsinhalt ausdrücklich den Versorgungsverträgen nach § 23 vorbehalten ist. Letzteres ist bei den Preisvereinbarungen (Vergütungen, Pflegesätze usw.) der Fall.

Zu Absatz 3

Abs. 3 enthält die Konfliktlösung vergleichbar dem Vertragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung. Er stellt sicher, daß im Konfliktfall bestehende Verträge bis zu deren Neufestsetzung fortgelten.

Zu Absatz 4

Durch die Landespflegeverträge, die Schiedsstellenregelung nach Abs. 3 und die freie Entscheidung der Leistungserbringer über den Abschluß eines Versorgungsvertrages nach § 24 wird den Vertragspartnern ein Höchstmaß an freier Gestaltung der pflegerischen Versorgung eingeräumt.

Kommen die Verträge auf Landesebene gleichwohl nicht rechtzeitig zustande, haben die Landesregierungen den Inhalt durch Rechtsverordnung zu bestimmen. Mit dem Inkrafttreten der Rechtsverordnung haben sich bis zu ihrer Aufhebung die Rechte der Vertragspartner nach den Absätzen 1 bis 3 erledigt.

Zu Absatz 5

Abs. 5 überträgt den Spitzenverbänden die Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen. Solche gemeinsamen Empfehlungen sollen die pflegerische Versorgung an bundeseinheitlichen Kriterien und Standards ausrichten. Dies ist auch im Hinblick auf den einheitlichen Beitragssatz und den vorgeschriebenen Finanzausgleich wünschenswert.

Zu § 24 (Versorgungsverträge)

Zu Absatz 1

Die Träger der Pflegeversicherung und Personen, Einrichtungen und Unternehmen, die an der pflegerischen Versorgung der Versicherten teilnehmen wollen, schließen im Rahmen des Bedarfsplanes nach § 5 Abs. 1 einen Versorgungsvertrag ab. Es wird derjenige Träger der Pflegeversicherung Vertragspartner, zu dessen Lasten die Dienst- und Sachleistungen erbracht werden sollen. Er hat bei der Entscheidung über das Vertragsangebot § 4 Abs. 2 und 3 zu berücksichtigen. Allein der Abschluß des Versorgungsvertrages berechtigt und verpflichtet zur Teilnahme an der pflegerischen Versorgung der Versicherten. Allgemeines Vertragsrecht findet Anwendung.

Zu Absatz 2

Mit Heimen ist in der Regel der Abschluß eines Versorgungsvertrages nur möglich, wenn das Heim in den Bedarfsplan aufgenommen ist.

Daneben können auch mit solchen Heimen, die nicht öffentlich gefördert werden, Versorgungsverträge - vergleichbar den §§ 108 und 109 SGB V - abgeschlossen werden können. Dies soll an die Genehmigung der zuständigen obersten Landesbehörde gebunden werden.

Zu Absatz 4 und 5

Abs. 4 regelt insbesondere Fragen der Vergütung. Den Vertragsparteien wird erheblicher Spielraum bei der Vereinbarung einer angemessenen Vergütung eingeräumt. Es können Einzelleistungsvergütungen, pauschale Vergütungen, aber auch Vergütungen für Leistungskomplexe und Gruppenpflegesätze vereinbart werden. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität und regionale Verhältnisse müssen beachtet werden.

Zu Absatz 6

Abs. 6 enthält die notwendige Konfliktlösung, die der zwischen Leistungserbringern und Trägern der Pflegeversicherung errichteten Schiedsstelle nach § 26 übertragen wird.

Zu § 25 (Landesschiedsstelle)

Kommt eine Einigung zwischen den Leistungserbringern und den Trägern der Pflegeversicherung nicht zustande, so entscheidet die Landesschiedstelle. Die Regelung ist § 114 SGB V nachgebildet.
Bei Nichtzustandekommen der Schiedsstelle bestellt die zuständige Landesbehörde die Mitglieder und/oder den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder zunächst für 1 Jahr. Diese Schiedsstelle soll auch Konflikte in Fragen der Vergütung bei Versorgungsverträgen nach § 24 lösen.

Die Verordnungsermächtigung entspricht der in § 114 Abs. 5 SGB V.

Zu § 26 (Eigene Leistungserbringung)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift soll gewährleisten, daß der Gesetzesauftrag auch bei Unterversorgung sowie bei der Gefährdung der Grundsätze der wirtschaftlichen Leistungserbringung und der Beitragssatzstabilität durch eigene Pflegekräfte und Einrichtungen der Pflegeversicherungsträger erfüllt werden kann. Sie schafft die Rechtsgrundlage für die Errichtung von Eigeneinrichtungen der Versicherungsträger.

Zu Absatz 2

Die Pflege und Betreuung durch Angehörige oder Nachbarn erfordern in vielen Fällen spezielle Kenntnisse und Fertigkeiten, die Pflegepersonen insbesondere im Hinblick auf aktivierende und rehabilitierende Pflege in der Regel nicht haben. Die Vorschrift ermöglicht den Trägern der Pflegeversicherung, diese Kentnisse den Pflegepersonen zu vermitteln.

Zu § 27 (Pflegekonferenzen)

Die Bildung von Pflegekonferenzen schafft die Grundlage für einen Interessenausgleich zwischen den Leistungserbringern und Versicherungsträgern in der Gestaltung der pflegerischen Versorgung und Leistungsabwicklung.

Der Landespflegekonferenz kommen Aufgaben vergleichbar denen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zu. Sie soll durch ihre Vorschläge und Empfehlungen zu einem bedarfsgerechten Ausbau einer gleichmäßigen ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung der Versicherten beitragen. Ziel ist eine ausgewogene regionale Verteilung des Leistungsangebots. Zu diesem Zweck sind auch wirtschaftliche und pflegerische Orientierungsdaten zu entwickeln und abzustimmen.

Die regionalen Pflegekonferenzen (Abs. 5) nehmen gleichartige Aufgaben in regionalen Bereichen im Rahmen der von der Landespflegekonferenz aufgestellten Eckwerte wahr. Sie fördern daneben die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Versicherungsträgern,

planen und koordinieren das regionale Leistungsangebot, einschließlich der Aufklärung und Beratung der Versicherten.

Abs. 6 überträgt die Regelung näherer Einzelheiten der nach Landesrecht zuständigen Stelle.

Zum Fünften Kapitel - Organisation

Zu § 28 (Träger der Versicherung)

Das Gesetz verzichtet auf die Errichtung eigenständiger Träger der Pflegeversicherung. Es gibt stattdessen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 4 SGB V) zugleich die Trägerschaft der Pflegeversicherung.

Die Übertragung der Aufgaben der Pflegeversicherung auf die vorhandenen Träger der Krankenversicherung schafft die nötige Ortsnähe und verhindert unnötigen administrativen Aufwand. Außerdem wird dadurch gewährleistet, daß bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit nur ein einziger Leistungsträger über Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflegeleistungen entscheidet. Die Entscheidung über das gesamte Leistungsspektrum der Kranken- und Pflegeversicherung durch einen Leistungsträger ist für die Versicherten insbesondere im Hinblick auf die oftmals schwierige Unterscheidung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit von erheblichem Vorteil.
Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung führen die Pflegeversicherung in ihrer Eigenschaft als rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung (§ 29 SGB IV) als eigene Aufgaben im Rahmen ihrer Selbstverwaltungsautonomie durch.
Die Haushalte für die Krankenversicherung und die Pflegeversicherung sind getrennt zu führen; es findet ein interner Verwaltungskostenausgleich statt (§ 32).

Den Landesverbänden der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und deren Spitzenverbänden kommen im Rahmen der Pflegeversicherung ebenfalls Verbandsaufgaben vergleichbar der gesetzlichen Krankenversicherung zu (§§ 211, 217 SGB V). Zudem werden ihnen eigene Aufgaben nach diesem Gesetzbuch zugewiesen.

Zu § 29 (Satzung, Organe)

Durch die Übertragung der Aufgaben der Pflegeversicherung auf die Träger der Krankenversicherung in ihrer Stellung als rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung sind sowohl die Bildung eigener Organe des Trägers der Pflegeversicherung als auch die Beschlußfassung über eine eigene Satzung entbehrlich. Die Vorschrift verpflichtet die Krankenkassen jedoch, ihre Satzungen um für die Pflegeversicherung erforderlichen Bestimmungen zu ergänzen.

Auf die hiermit korrespondierenden Änderungsvorschriften in Artikel 3 zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch wird verwiesen.

Zu § 30 (Zuständigkeit)

Für Versicherte, die bereits Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind, wird nach Abs. 1 derjenige Träger der Pflegeversicherung zuständig, der bei ihrer Krankenkasse errichtet ist. Die Vorschrift dient damit der Vereinfachung des Verfahrens.

Nach Absatz 2 haben alle anderen Personen ein Wahlrecht, das sie durch Anmeldung bei einer bestimmten Krankenkasse als Träger der Pflegeversicherung ausüben. Verzichtet der Versicherte auf die Ausübung seines Wahlrechts, ist der Träger der Pflegeversicherung zuständig, der bei der für seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt zuständigen Ortskrankenkasse errichtet ist. Die Zuständigkeitsregelung zugunsten der Ortskrankenkasse entspricht § 173 Satz 2 SGB V.

Zu § 31 (Meldung)

Die Anmeldepflicht soll gewährleisten, daß der Träger der Pflegeversicherung eine möglichst vollständige Kenntnis über den Bestand seiner Mitglieder erhält. Erleichtert wird dies dadurch, daß die Krankenkassen gleichzeitig Träger der Pflegeversicherung sind. Soweit nicht auf die Anmeldung zur gesetzlichen Krankenversicherung zurückgegriffen werden kann, muß der Versicherte sich gesondert bei der von ihm gewählten oder zuständigen Krankenkasse anmelden.

Den datenschutzrechtlichen Anforderungen wird genügt. Die Grundlage für die datenmäßige Speicherung wird durch den Verweis auf die Anwendbarkeit der §§ 28 a bis c SGB IV hergestellt.

Zu § 32 (Verwaltungskosten)

Die Vorschrift soll sicherstellen, daß Verwaltungskosten, die der Krankenkasse entstehen, vom Träger der Pflegeversicherung zu Lasten seines Haushalts erstattet werden. Hierzu können insbesondere zählen: Kosten für die Bereitstellung, Unterhaltung und Mitbenutzung von Büroräumen, Inventar, Materialien und sonstige sächliche Verwaltungskosten, Personalkosten, Kosten für den Beitragseinzug, Kosten für Rechtsverfolgung und Regresse.

Zum Sechsten Kapitel - Finanzierung

Zum Ersten Abschnitt - Beiträge

Zu § 33 (Grundsatz)

Abs. 1 formuliert das in der Sozialversicherung bewährte Prinzip der Beitragsfinanzierung.

In Abs. 2 wird definiert, in welcher Weise und mit welcher Begrenzung Beiträge erhoben werden. Bei der Festsetzung der Beitragsbemessungsgrenze soll an das bestehende Sozialversicherungssystem angeknüpft werden. Im Interesse einer möglichst umfassenden und solidarischen Aufbringung der Mittel gilt die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung.

Zum Ausgleich regional bedingter Unterschiedlichkeiten in der Einkommensstruktur und im Leistungsbedarf sieht Abs. 3 für die gesamte Pflegeversicherung einen einheitlichen Beitragssatz vor. Die Festsetzung erfolgt durch Rechtsverordnung der Bundesregierung.

Zu § 34 (Beitragsbemessungsgrundlage für Pflichtversicherte)

Die Beitragsberechnung erfolgt auf der Grundlage aller beitragspflichtigen Einnahmen.

Die Regelung über die beitragspflichtigen Einnahmen soll einen möglichst großen Kreis von Einkommensbeziehern und Einkommen erfassen, um das Risiko der Pflegebedürftigkeit finanziell über eine große Solidargemeinschaft abzusichern. Daraus ergibt sich, daß auch Personenkreise einbezogen werden, die von derzeitigen System der Sozialversicherung nicht erfaßt sind, wie z. B. Beamte, ihnen gleichgestellte Angestellte und selbständig Tätige.

Transferleistungen mit Entschädigungscharakter und solche Leistungen, die unter Bedarfsgesichtspunkten (Wohngeld) bzw. im Rahmen des Familienlastenausgleichs (Erziehungs- und Kindergeld) gezahlt werden, bleiben unberücksichtigt.

Im übrigen lehnt sich die Vorschrift im wesentlichen an die Regelungen in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung an. Im Interesse eines möglichst umfassenden Versicherungsschutzes ist jedoch eine Versicherungsfreiheit von geringfügigen Beschäftigungen und Tätigkeiten nicht vorgesehen.

Sofern der Versicherte über keine der in Abs. 2 aufgeführten Einnahmen verfügt, soll das Gesamteinkommen im Sinne des Einkommenssteuerrechtes für die Beitragszahlung maßgebend sein. Dem Träger der Pflegeversicherung sind Angaben über die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen zu machen. Erfolgt dies nicht, wird ein Einkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt.

Verfügt der Versicherte über kein beitragspflichtiges Einkommen (z. B. Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz) oder beträgt dieses weniger als ein Sechstel der monatlichen Bezugsgröße, so gilt die für freiwillige Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung getroffene Regelung entsprechend.

Hinsichtlich der Behandlung einmalig gezahlten Arbeitsentgelts, der Rangfolge der Einnahmearten versicherungspflichtig Beschäftigter und versicherungspflichtiger Rentner sowie der Erstattung von Beiträgen gelten die Regelungen des Fünften Buches. Danach sind Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen und sonstige beitragspflichtige Einnahmen einerseits sowie Renten der gesetzlichen Rentenversicherung andererseits jeweils getrennt bis zur Beitragsbemessungsgrenze für die Beitragsberechnung heranzuziehen (doppelte Beitragsbemessungsgrenze).

Eine Erstattung von Beiträgen hat in den Fällen zu erfolgen, in denen durch die Beitragsberechnung aus mehreren Einkommensarten eine über der Beitragsbemessungsgrenze liegende Beitragsbemessungsgrundlage berücksichtigt worden ist.

In Anlehnung an die Regelungen über die Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung sind Kinder bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres beitragsfrei versichert, sofern sie keine beitragspflichtigen Einnahmen erzielen. Entsprechendes gilt für Personen ohne beitragspflichtige Einnahmen, solange sie mindestens ein minderjähriges Kind erziehen.

Zu § 35 (Beitragsbemessungsgrundlage für freiwillig Versicherte)

Um in den Fällen der freiwilligen Versicherung die Beitragsberechnung und den Beitragseinzug so einfach wie möglich zu gestalten, sollen Änderungen in den Einkommensverhältnissen nicht berücksichtigt werden. Einer Einkommensermittlung im Ausland bedarf es dadurch nicht. Maßgebend bleibt die letzte Beitragsbemessungsgrundlage im Inland, die entsprechend der Entwicklung der Bezugsgröße zu dynamisieren ist.

Zu § 36 (Verteilung der Beitragslast)

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

Bei den von Abs. 2 erfaßten Versicherten handelt es sich einmal um Personen, deren Beitrag nach dem Gesamteinkommen zu bemessen ist. Zum anderen fallen darunter alle Versicherten, die beitragspflichtige Einnahmen nicht erzielen, insbesondere nichterwerbstätige Ehegatten ohne Kindererziehung, volljährige Kinder ohne eigenes Einkommen. Beitragspflichtig ist hier der Versicherte selbst; im Falle des Bezuges von bedarfsorientierten Sozialleistungen hat der Leistungsträger den gesamten Beitrag zu übernehmen.

Zum Zweiten Abschnitt - Zahlung der Beiträge

Zu § 37 (Grundsatz)

Die Vorschrift enthält den Grundsatz, wonach derjenige für die Zahlung verantwortlich ist, der die Beiträge zu tragen hat.

Zu § 38 (Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt)

Für das Meldeverfahren und den Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrages für versicherungspflichtig Beschäftigte sind die Vorschriften des Vierten Buches übernommen worden.

In Abs. 2 wird bestimmt, daß die Regelungen über die Beitragszahlung auch bei Personen anzuwenden sind, die insoweit den versicherungspflichtig Beschäftigten vergleichbar sind.

Zu § 39 (Beitragszahlung aus der Renten- und Unfallversicherung)

Die Vorschrift übernimmt grundsätzlich das in der Krankenversicherung der Rentner geltende Verfahren.

Zu § 40 (Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen)

Die Regelung entspricht im wesentlichen dem in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Verfahren. Allerdings werden aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung nunmehr alle Zahlstellen zur Beitragseinbehaltung und -abführung verpflichtet.

Zu § 41 (Beitragszahlung aus Sozialleistungen)

Die Vorschrift übernimmt das Verfahren, das bereits in der gesetzlichen Rentenversicherung für die Beitragszahlung und -abrechnung bei Bezug von Sozialleistungen gilt.

Zu § 42 (Beitragszahlung von Studenten)

Die Vorschrift übernimmt das in der gesetzlichen Krankenversicherung geltende Verfahren.

Zu § 43 (Beitragseinzug)

Es gelten die allgemeinen Regelungen des Vierten Buches. Dies gilt insbesondere für die Zuständigkeit der Krankenkasse, für den Beitragseinzug und die Entscheidung über die Versicherungspflicht und Beitragshöhe.

Zum Dritten Abschnitt - Haushalts- und Rechnungswesen, Finanzausgleich

Zu § 44 (Haushalts- und Rechnungswesen)

Die Vorschrift konkretisiert das Konzept einer Pflegeversicherung unter dem organisatorischen Dach der gesetzlichen Krankenversicherung bei getrennter Mittelverwaltung für das Haushalts- und Rechnungswesen.

Zu § 45 (Verwendung und Verwaltung der Mittel)

Die Vorschriften korrespondieren mit den §§ 259 bis 263 SGB V für die gesetzliche Krankenversicherung.

Wegen der Einheitlichkeit der Versicherungsträger für die Kranken- und die Pflegeversicherung sind einheitliche Vorschriften für die Verwendung und Verwaltung der Mittel vorzusehen. Dies gilt sowohl für die laufenden Betriebsmittel als auch für die Rücklage und das Verwaltungsvermögen. Die Einheitlichkeit der Vorschriften vermeidet, daß unter dem Dach eines Versicherungsträgers unterschiedliches Recht anzuwenden ist.

Zugleich wird sichergestellt, daß die Mittel der Pflegeversicherung von den Mitteln der Krankenversicherung getrennt verwaltet werden. Dies entspricht der in § 44 festgelegten Verpflichtung, jeweils eigene Haushalte aufzustellen und getrennte Jahresrechnungen vorzulegen.

Zu § 46 (Finanzausgleich)

Die Regelung lehnt sich an das in der gesetzlichen Rentenversicherung geltende Gemeinlastverfahren an. Sie verfolgt das Ziel, bei einem einheitlichen Beitragssatz eine gleichmäßige Finanzausstattung aller Pflegeversicherungsträger sicherzustellen.

Das Gemeinlastverfahren erfolgt auf der Grundlage aller Versicherungsleistungen. Einzubeziehen ist eine zu dynamisierende Pauschale für Verwaltungskosten, die auch einen Verwaltungskostenanteil für die Inanspruchnahme des Medizinischen Dienstes enthält.

Zu Artikel 2 (Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Die Pflegeversicherung wird als eigener Sozialversicherungszweig durch Art. 1 (SGB VII) in das Sozialgesetzbuch eingefügt. Deshalb wird § 4 Abs. 2 SGB I entsprechend ergänzt.

Zu Nummer 2

Die Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit nach den §§ 53 - 57 SGB V entfallen. Sie werden in den Leistungskatalog der gesetzlichen Pflegeversicherung aufgenommen. Die Aufzählung der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ist durch die Herausnahme der häuslichen Pflegehilfe bei Schwerpflegebedürftigkeit zu aktualisieren.

Zu Nummer 3

Die gesetzliche Pflegeversicherung wird als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingefügt. Die Vorschrift zählt die Leistungsarten der gesetzlichen Pflegeversicherung - den übrigen Sozialversicherungszweigen im Zweiten Abschnitt, Zweiter Teil, SGB I entsprechend - auf. Die Einordnung erfolgt systematisch nach der Bezeichnung der Leistungen der Rentenversicherung (SGB VI) in § 23 SGB I.

Abs. 2 regelt die Zuständigkeit und überträgt den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung die Durchführung der Pflegeversicherung.

Zu Artikel 3 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Folgeänderung zu Art. 2 Nr. 1 (§ 4 Abs. 2 SGB I); die Pflegeversicherung wird in den sachlichen Geltungsbereich des Vierten Buches einbezogen.

Zu Nummer 2

Pflegepersonen werden in den in der Sozialversicherung versicherten Personenkreis einbezogen. Das Nähere regeln

a) für die gesetzliche Krankenversicherung Art. 4, Nr. 1 dieses Gesetzes (§ 9 Abs. 1 Nr. 3 a SGB V) und

b) für die gesetzliche Rentenversicherung Art. 5 dieses Gesetzes (§§ 3, 56 a, 57, 70 a und 226 a SGB VI).

c) für die gesetzliche Unfallversicherung Art. 6 dieses Gesetzes,

Zu Nummer 3

Von der Bildung eigener Organe für die gesetzliche Pflegeversicherung wird abgesehen. Notwendige Selbstverwaltungsentscheidungen treffen die Organe der Krankenkassen.

Zu Nummer 4

Eine der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechende Vorschrift. Die Haushalte für die gesetzliche Krankenversicherung und die Pflegeversicherung sind getrennt aufzustellen und zu verwalten. Die Vorschrift verpflichtet zur termingebundenen Aufstellung des Haushalts durch den Vorstand und gibt der Aufsichtsbehörde das Vorlage- und Beanstandungsrecht.

Zu Nummer 5

Die Ergänzung schafft die Grundlage für regional orientierte Statistiken und Geschäftsergebnisse. Damit werden auch bundesunmittelbare Versicherungsträger angehalten, Rechnungsergebnisse länderbezogen zu ermitteln bzw. aufzubereiten wie dies bei landesunmittelbaren Versicherungsträgern bereits erfolgt.

Damit werden die Geschäftsergebnisse und Statistiken vergleichbar und Risikostrukturen deutlich.

Zu Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Die Ausweitung der Versicherungsberechtigung auf Pflegepersonen schafft die Beitrittsmöglichkeit zur gesetzlichen Krankenversicherung, sofern der Versicherungsschutz im Rahmen einer Pflicht- oder freiwilligen Versicherung oder einer Familienversicherung gesichert ist.

Zu Nummern 2, 9 und 20

Durch Art. 1 wird für die Soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit das Siebte Buch (Pflegeversicherung) geschaffen.
Damit können die jetzigen Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit nach § 11 Abs. 1 Nr. 5 SGB V sowie nach §§ 53 bis 57 SGB V ersatzlos entfallen. Der bisherige materielle Regelungsgehalt wird durch die Pflegeversicherung ersetzt.

Zu Nummern 3 bis 8 und 10 bis 19

Es wird klargestellt, daß in den Leitungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung auch die Leistungen der geriatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgung und Rehabilitation einbezogen sind. Damit wird die besondere Bedeutung der Geriatrie und Gerontopsychiatrie als Versorgungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung hervorgehoben. Das Eintreten der gesetzlichen Pflegeversicherung soll solange wie möglich hinausgeschoben werden. Diesem Ziel dient auch die aktivierende und rehabilitierende Pflege.

Zu Artikel 5 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Die Bestimmungen des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch werden um die Regelungen ergänzt, die für eine Alterssicherung von Pflegepersonen durch Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung notwendig sind.

Zu Nummer 1 (§ 3)

Hierbei handelt es sich um die notwendige Ergänzung des § 3. Damit wird gewährleistet, daß die Pflege eines Pflegebedürftigen i.S. des SGB VII zur Pflichtversicherung und damit zum Schutz gegen die von der gesetzlichen Rentenversicherung abgesicherten Risiken führt.

Die Pflegepersonen sollen aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung in der Rentenversicherung der Angestellten pflichtversichert werden. Dies ist auch sachgerecht, weil die Tätigkeit von Pflegepersonen vielfach der von Krankenpfleger/innen entsprechen wird, die in der Regel Angestellte sind. Ungeachtet dessen ist aber durch die unmittelbare Anwendbarkeit des § 126 Abs. 3 auch ein Wechsel zur Arbeiterrentenversicherung möglich, wenn die Pflegeperson dies wünscht.

Zu Nummer 2 (§ 56 a)

Die Vorschrift regelt die Anerkennung von Pflegezeiten als Pflichtbeitragszeiten. Die Versicherung wegen Pflege ist wie die Versicherung wegen Kindererziehung eine Pflichtversicherung ohne Beitragszahlung. Leistungsrechtlich handelt es sich uneingeschränkt um Pflichtbeitragszeiten. Sie haben dieselben Rechtswirkungen wie tatsächlich entrichtete Beiträge.

Die Anerkennung von Pflichtbeitragszeiten für Pflegepersonen soll die Pflege im häuslichen Bereich fördern. Die Pflegebereitschaft soll nicht daran scheitern, daß Pflegepersonen infolge des Zeitaufwandes der Pflege in der Ausübung einer eigenen Erwerbstätigkeit beeinträchtigt und somit am Ausbau ihrer Alterssicherung gehindert werden.

Absatz 1 nennt die Voraussetzungen, unter denen Pflichtbeitragszeiten für Pflegepersonen anerkannt werden können. Der Hinweis auf § 70 a bedeutet, daß beim Pflegebedürftigen mindestens erhebliche Pflegebedürftigkeit vorliegen muß und der Pflegeaufwand der Pflegeperson allenfalls eine bis zu halbschichtige Erwerbstätigkeit erlaubt. Beansprucht die Pflege einen geringeren Zeitaufwand, so ist dies der Pflegeperson selbst neben einer vollschichtigen Erwerbstätigkeit stets zuzumuten. Die Anerkennung von Pflegezeiten in der Rentenversicherung ist dann nicht notwendig, weil bei einer mehr als halbschichtigen Erwerbstätigkeit in der Regel schon hierdurch die Alterssicherung gewährleistet ist.

Absatz 2 ist die notwendige Ergänzung zu § 13.
Die Alterssicherung einer Pflegeperson darf bei einer nur vorübergehenden Unterbrechung der Pflegetätigkeit oder bei einer zeitlich begrenzten stationären Unterbringung des Pflegebedürftigen nicht beeinträchtigt werden. Voraussetzung dafür ist, daß die Unterbrechung

der Pflege nach vernünftigem menschlichen Ermessen in absehbarer Zeit beendet sein wird. Dies setzt eine genaue Prüfung des jeweiligen Einzelfalles voraus.

Aus Absatz 3 ergibt sich, daß entsprechend der Zielsetzung der Versicherungspflicht bei Pflegebedürftigkeit - dem Aufbau und/oder Erhalt einer eigenen Alterssicherung - die Anrechnungsfähigkeit von Pflegezeiten dann endet, wenn auch eine Erwerbstätigkeit nicht mehr versicherungspflichtig wäre. Darüber hinaus ist eine Anrechnung von Pflichtbeitragszeiten dann nicht mehr gerechtfertigt, wenn der Pflegeperson eine Erwerbstätigkeit wegen Erwerbsunfähigkeit nicht mehr möglich ist. Ein Ausgleich ist dann auch nicht mehr gerechtfertigt.

In Absatz 4 wird klargestellt, daß eine Anrechnung der Pflegezeit erst ab dem Antragsmonat möglich ist, wenn der Antrag später als 3 Kalendermonate nach Aufnahme der Pflegetätigkeit gestellt wird. Damit soll erreicht werden, daß für die Anrechnung wesentliche Sachverhalte und Tatbestände frühzeitig bekanntgegeben und Nachweisschwierigkeiten durch Zeitablauf verhindert werden.

Nach Absatz 5 hat die Pflegeperson die Erfüllung der genannten Voraussetzungen grundsätzlich durch eine Bescheinigung des Trägers der Pflegeversicherung, der in aller Regel aufgrund der Pflegeversicherung bereits für den Pflegebedürftigen Leistungen erbringt, nachzuweisen.

Zu Nummer 3 (§ 57 Abs. 2)

Die durch das RRG '92 eingeführte Anrechnung von Pflegezeiten als Berücksichtigungszeiten ist grundsätzlich als gegenstandslos anzusehen, weil sie durch die höherwertige Pflichtversicherung abgelöst wird. Durch die unterschiedlichen Anrechnungsvoraussetzungen bei der zeitlichen Inanspruchnahme durch Pflege sind jedoch seltene Ausnahmen (Pflegezeiten zwischen wöchentlich 10 Stunden bis halbschichtig) möglich, die eine Beibehaltung der Regelungen des RRG '92 aus Gründen des Vertrauensschutzes wegen des späteren Inkrafttretens des SGB VII rechtfertigen. Dies kann insbesondere dann von Bedeutung sein, wenn es um die weitere Sicherung des Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits-Schutzes (§ 43 Abs. 3 Nr. 2, § 44 Abs. 4) oder z. B. die Erfüllung der Wartezeit nach § 51 Abs. 3 geht.
Die Beibehaltung der bisherigen Regelungen im Sechsten Buch beschränkt sich jedoch auf die Anrechnung von Berücksichtigungszeiten bei Pflege; § 177 des Sechsten Buches entfällt. Dies macht es erforderlich, die bisher in § 177 enthalten Anspruchsvoraussetzungen jetzt an dieser Stelle neu aufzunehmen.

Zu Nummer 4 (§ 70 a)

Die Vorschrift bestimmt, in welcher Höhe Entgeltpunkte für Pflegezeiten ermittelt werden.

Grundsätzlich richtet sich die Bewertung danach, inwieweit die Pflegeperson aufgrund der Durchführung der Pflege dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung steht. Zur Vereinfachung der gesetzlichen

Gestaltung wird hierbei auf den Markt für voll- und halbschichtige Tätigkeit abgestellt und auf weitergehende Differenzierungen verzichtet. Dabei wird davon ausgegangen, daß bei Pflege von außergewöhnlich Pflegebedürftigen oder Schwerstpflegebedürftigen nach aller Erfahrung die Pflegeperson zeitlich so beansprucht wird, daß für sie eine Erwerbstätigkeit nicht mehr oder allenfalls nur noch eingeschränkt möglich ist.

Pflegezeiten werden mit 75 % des durchschnittlichen Arbeitsentgeltes aller Rentenversicherten bewertet. Dies entspricht der Regelung, die der Gesetzgeber für die Bewertung von Zeiten der Kindererziehung getroffen hat. Entsprechend der Systematik der Anrechnung von Pflegezeiten soll eine bis zu halbschichtige Erwerbstätigkeit die Anrechnung und Bewertung von Pflegezeiten nicht beeinträchtigen. Deshalb findet - abweichend von Anrechnung und Bewertung von Kindererziehungszeiten - die einschränkende Vorschrift des § 70 Abs. 2 keine Anwendung. Dies bedeutet, daß Pflichtbeitragszeiten für Pflege neben den vom Gesetz zugelassenen Pflichtbeiträgen aus einer Erwerbstätigkeit stets mit dem vollen Wert (= 0,0313 Entgeltpunkte) berücksichtigt werden.

Mit Absatz 1 Satz 1 wird die Bewertung von Pflegezeiten für Pflegepersonen begründet, die einen außergewöhnlichen Pflegebedürftigen oder Schwerstpflegebedürftigen pflegen. Üben diese Personen wegen der Pflege keine Erwerbstätigkeit aus, so werden die Pflegezeiten mit 75 % des Durchschnittsverdienstes (= 0,0625 Entgeltpunkte) angerechnet. Entscheidend ist, ob eine Erwerbstätigkeit tatsächlich ausgeübt wird. Ist die Pflegeperson daneben mehr als halbschichtig erwerbstätig, so ist in der Regel schon hierdurch ihre Alterssicherung gewährleistet. Auch wenn ihr neben der Pflege eine solche Erwerbstätigkeit eigentlich nicht zumutbar wäre, würde hier die Anrechnung von Pflegezeiten zu einer nicht erforderlichen Doppelsicherung führen. Aus dem gleichen Grund ist nach Satz 2 der halbe Wert (= 0,0313 Entgeltpunkte) vorgesehen, wenn neben der Pflege eine bis zu halbschichtige Erwerbstätigkeit ausgeübt wird.

Nach Absatz 2 wird bei der Abgeltung von Pflegezeiten für Personen, die einen erheblich Pflegebedürftigen pflegen, davon ausgegangen, daß die Pflegeperson in der Regel dem Arbeitsmarkt noch mindestens für eine halbschichtige Erwerbstätigkeit zur Verfügung steht. An dieser Grundannahme orientiert sich der Umfang der Anrechnung; die Pflegezeit wird nur mit dem halben Wert (= 0,0313 Entgeltpunkte) abgegolten.
Absatz 3 stellt sicher, daß eine über die jeweilige Beitragsbemessungsgrenze hinausgehende Bewertung beim Zusammentreffen von Pflichtbeiträgen aus einer Beschäftigung und von Pflegezeiten nicht stattfindet.

Zu Nummer 5 (§ 177)

Die durch das RRG 1992 eingeführten Möglichkeiten einer Verbesserung der sozialen Absicherung von Pflegepersonen sind aufgrund der Anerkennung von Pflichtbeitragszeiten durch dieses Gesetz gegenstandslos geworden. Die Gründe, die für bestimmte Ausnahmefälle die Beibehaltung der Anerkennung von Berücksichtigungszeiten für

Pflegezeiten rechtfertigen, sind zu § 57 dargelegt. Die bisherige Regelung in § 177 zur Anrechnung von freiwilligen Beiträgen als Pflichtbeiträge bei Pflegetätigkeit ist angesichts der neuen Regelungen zur Pflichtversicherung von Pflegepersonen entbehrlich.

Zu Nummer 6 (§ 226 a)

Die Vorschrift bestimmt, daß die Aufwendungen der Rentenversicherungsträger aus der Anrechnung von Pflegezeiten durch den Bund zu tragen sind. Da es sich bei der Anerkennung von Zeiten der Pflege - ohne Beitragsleistung - ebenso wie bei der Kindererziehung um eine gesellschaftspolitisch erwünschte Tätigkeit und eine Ergänzung des Familienlastenausgleichs handelt, ist die Finanzierung Aufgabe des Bundes. Damit werden die Aufwendungen von allen Steuerzahlern getragen.

Zu Artikel 6 (Änderung der Reichsversicherungsordnung)

Mit den Änderungsbestimmungen wird der gesetzliche Unfallversicherungsschutz auf Pflegepersonen erstreckt, soweit sie nicht bereits nach geltendem Recht versichert sind.

Zu Nummer 1

Die häusliche Pflege von Pflegebedürftigen ist bereits weitgehend nach geltendem Recht unfallversichert (vg. insbesondere § 539 Abs. 1 Nr. 1 und 7 RVO). Mit der (subsidiären) Regelung sollen noch vorhandene Lücken geschlossen werden. Soweit Pflege bereits Bestandteil einer versicherten Tätigkeit nach § 539 Abs. 1 Nr. 5 in Verbindung mit § 776 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und § 777 Nr. 1 und 2 RVO ist, gebieten insbesondere die eigenständigen leistungsrechtlichen Regelungen eine klare Abgrenzung zugunsten des Unfallversicherungsschutzes in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung.

Der Versicherungsschutz für den neu einbezogenen Personenkreis erstreckt sich auf alle Tätigkeiten, die im wesentlichen Zusammenhang mit der Pflege stehen, somit also auch auf entsprechende hauswirtschaftliche Verrichtungen. Die Abgrenzung zu unversicherten eigenwirtschaftlichen Tätigkeiten bestimmt sich nach den von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen für sog. gemischte Tätigkeiten.

Zu Nummer 2

Durch die Ausnahme von der Versicherungsfreiheit erstreckt sich der Versicherungsschutz für Pflegepersonen auch auf unentgeltliche, mit der Pflege zusammenhängende Tätigkeiten im Haushalt, die von nahen Verwandten des Haushaltsvorstandes ausgeübt werden.

Zu Nummer 3

Mit der Regelung soll im Interesse des Pflegebedürftigen wie auch der Pflegeperson etwaigen Bedenken hinsichtlich der Geltung des Haftungsprivilegs begegnet werden. Sie dient somit vorrangig der Klarstellung.

Zu Nummer 4

Entsprechend der Regelung in der gesetzlichen Rentenversicherung (Artikel 5 Nr. 6 - § 226 a SGB VI -) ist es sachgerecht, daß der Bund bei Pflegepersonen auch die Aufwendungen für die gesetzliche Unfallversicherung trägt. Aus der Trägerschaft des Bundes folgt die Zuständigkeit der Bundesausführungsbehörde für Unfallversicherung. Der Bund hat jedoch auch die Möglichkeit, mit den ihm insoweit zugewiesenen Unternehmen gemäß § 653 Abs. 2 RVO der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege beizutreten.

Zu Artikel 7 (Änderung des Bundessozialhilfegesetzes)

Zu Nummer 1

Nach § 6 SGB VII sind alle Personen versicherungspflichtig, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, also auch Sozialhilfeempfänger. Für Sozialhilfeempfänger werden die Beiträge nach § 36 Abs. 1 Nr. 6 SGB VII vom Träger der Sozialhilfe getragen. Deshalb muß im Bundessozialhilfegesetz die Übernahme der Beiträge geregelt werden.

Die Höhe der Beiträge für Sozialhilfeempfänger ergibt sich aus § 34 SGB VII. Danach ist für Sozialhilfeempfänger der Mindestbeitrag zu entrichten (§ 34 Abs. 4 SGB VII).

Zu Nummer 2

Bei den Hilfen für werdende Mütter und Wöchnerinnen wird in der bisherige Vorschrift des § 38 Abs. 2 Nr. 4 ein Hilfeanspruch auf häusliche Wartung und Pflege nach den bisherigen Bestimmungen des § 69 Abs. 2 festgelegt. Die Änderung ist eine Folgeänderung der Neufassung des § 68 und sichert auf diese Weise die Pflegehilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen einschließlich der Heranziehung einer besonderen Pflegekraft, soweit sie erforderlich ist.

Zu Nummer 3

Im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung werden bei häuslicher Pflege als Sachleistung gemäß § 11 SGB VII grundsätzlich höchstens 60 Pflegeeinsätze je Kalendermonat von bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz gewährt. Vor allem im Rahmen der individuellen Schwerstbehindertenbetreuung sind bisher Pflege- und Betreuungskosten finanziert worden, die im Einzelfall auch deutlich über den Rahmen von 60 Pflegeeinsätzen pro Monat hinausgehen. Diese individuelle Schwerstbehindertenbetreuung entspricht den Wünschen der betroffenen Behinderten. Sie sichert ihnen ein selbstbestimmtes Leben in der häuslichen Umgebung und vermeidet die Unterbringung in stationären Einrichtungen.

Die rechtliche Zuordnung dieser Hilfe erfolgte bislang von den örtlichen Trägern der Sozialhilfe unterschiedlich, und zwar entweder bei der Hilfe zur Pflege oder bei der Eingliederungshilfe. Die neue Ziffer 7 a stellt sicher, daß diese Hilfen auch künftig ergänzend zu

den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem BSHG geleistet werden können. Im übrigen ist diese Regelung ein sozialhilferechtlicher Vorgriff auf die noch in dieser Legislaturperiode zu erwartende Reform des Schwerbehindertenrechts. Entsprechend den Koalitionsvereinbarungen der Bundesregierung soll das Schwerbehindertengesetz sowie das Rehabilitationsangleichungsgesetz zusammengefaßt und als eigenständiges Buch in das Sozialgesetzbuch integriert werden.

Zu Nummer 4

Zu a): Folgeänderung der Änderung der §§ 68 und 69.

Zu b): Die neue Formulierung entspricht inhaltlich der bisherigen Regelung des § 69 Abs. 3 Satz 4. Danach wurde Pflegebedürftigen, die gleichzeitig blind sind, das Blindengeld in voller Höhe gewährt; auf das wegen Pflegebedürftigkeit zu leistende pauschalierte Pflegegeld wurde das Blindengeld zu 70 % angerechnet.

Zukünftig erhalten pflegebedürftige Blinde in der Regel Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. In diesen Fällen sollen die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung ungeschmälert gezahlt werden. Daneben soll das Blindengeld nicht in voller Höhe gewährt werden, sondern in Höhe von 30 % des vollständigen Blindengeldes. Im Ergebnis entspricht die Neufassung damit der bisherigen Regelung.

Zu Nummer 5

Mit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung wird der Personenkreis, der Ansprüche auf Hilfe zur Pflege nach dem BSHG hat, auf wenige Einzelfälle reduziert. Da alle Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert sind, wird die nachrangig geltende Regelung im BSHG nur benötigt für Personen, die erstmalig aus dem Ausland in die Bundesrepublik kommen und älter als 55 Jahre sind (vgl. § 7 SGB VII) oder für Personen, die die fünfjährige Wartezeit des § 10 SGB VII nach dem Zuzug aus dem Ausland noch nicht erfüllt haben.

Ansprüche auf Hilfe zur Pflege nach dem BSHG haben damit vor allem Deutsche - insbesondere Aussiedler -, Deutschen Gleichgestellte - insbesondere Asylberechtigte und Kontingentflüchtlinge - sowie Ausländer aus Staaten der Europäischen Gemeinschaft, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in die Bundesrepublik verlegen. Dieser Personenkreis soll grundsätzlich die gleichen Leistungen erhalten wie Versicherte der gesetzlichen Pflegeversicherung. Allerdings sind die Leistungen der Sozialhilfe einkommens- und vermögensabhängig.

Asylbewerber und Ausländer aus Staaten außerhalb der Europäischen Gemeinschaft haben entsprechend der Regelung in § 120 BSHG keinen Rechtsanspruch auf Hilfen zur Pflege. Vom zuständigen Sozialhilfeträger kann allerdings Hilfe zur Pflege gewährt werden, soweit dies im Einzelfall gerechtfertigt ist. Dabei muß berücksichtigt werden, daß im übrigen Ausländer, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert sind.

Zu Absatz 1

Mit der Neuformulierung des § 68 Abs. 1 wird der gesamte Leistungskatalog der gesetzlichen Pflegeversicherung grundsätzlich in den Leistungskatalog des BSHG übertragen. Die Formulierung entspricht der in § 37 BSHG für die gesetzliche Krankenversicherung. Der Leistungskatalog ist identisch mit dem Leistungskatalog der gesetzlichen Pflegeversicherung gemäß § 9 SGB VII.

Die Leistungen beziehen sich, wie bei der gesetzlichen Pflegeversicherung, auf erheblich und außergewöhnlich Pflegebedürftige sowie Schwerstpflegebedürftige. Um dem Individualisierungsgrundsatz der Sozialhilfe gerecht zu werden, wurde in Satz 2 festgelegt, daß die Leistungen "in der Regel" denen der gesetzlichen Pflegeversicherung entsprechen sollen.

Zu Absatz 2

Es gibt Personen, deren Pflegebedürftigkeit noch nicht den Schweregrad erheblicher Pflegebedürftigkeit erreicht hat. Für diesen Personenkreis sieht die gesetzliche Pflegeversicherung keine Leistungen vor, weil davon auszugehen ist, daß diese in der Regel geringfügigen Aufwendungen üblicherweise aus dem zur Verfügung stehenden Einkommen beglichen werden. Sozialhilfeempfängern steht ein entsprechendes Einkommen nicht zur Verfügung, deshalb wurde die Vorschrift entsprechend der bisherigen Regelung in § 69 Abs. 2 im wesentlichen übernommen.

Die angemessene Alterssicherung der Pflegeperson sowie die Kostenübernahme für die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft ist jetzt in Abs. 1 geregelt. Für Personen, die nicht mindestens erheblich pflegebedürftig sind, ist diese Leistung bislang praktisch nicht in Anspruch genommen worden.

Zu Absatz 3

Die bisherige Regelung in § 69 Abs. 2 Satz 3 BSHG sah generell vor, daß die angemessenen Kosten für eine erforderliche besondere Pflegekraft zu übernehmen sind. Dabei wurde nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit nicht unterschieden. Die überwiegende Zahl der Pflegebedürftigen wird zukünftig Ansprüche auf häusliche Pflegehilfe aus der gesetzlichen Pflegeversicherung haben. Um Einzelfälle, vor allem bei erheblicher Pflegebedürftigkeit und geringfügiger Pflegebedürftigkeit aufzufangen, die unter Umständen keine Ansprüche nach der gesetzlichen Pflegeversicherung haben, wurde mit § 68 Abs. 3 ein entsprechender sozialhilferechtlicher Auffangtatbestand geschaffen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 stellt den grundsätzlichen Nachrang der Hilfe zur Pflege heraus. Damit sind sämtliche Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung aber auch die in § 20 SGB VII genannten Leistungen gegenüber den Sozialhilfeleistungen vorrangig.

Zu Absatz 5

Leistungen für Schwerstpflegebedürftige werden zukünftig sowohl im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung als auch im Rahmen des BSHG nur erbracht, wenn die Betroffenen die Voraussetzungen des § 2 Abs. 3 SGB VII erfüllen. Diese Definition der Schwerstpflegebedürftigkeit kann in Einzelfällen abweichen von der bisherigen sozialhilferechtlichen Definition der Schwerstpflegebedürftigkeit in § 69 Abs. 4 Satz 2. Durch den Verweis auf die Verordnung zu § 24 Abs. 2 erhielten beispielsweise Ohnhänder, Querschnittsgelähmte, Personen mit Verlust dreier Gliedmaßen usw. Leistungen wie Schwerstpflegebedürftige, unabhängig davon, ob sie tatsächlich in schwerstem Maße pflegebedürftig waren. Die vorgesehene Regelung des § 68 Abs. 5 sichert den Betroffenen in jedem Fall eine Besitzstandsregelung unter Einschluß der höchsten Einkommensgrenze gemäß § 81 Abs. 2.

Zu Nummer 6

Die Änderung von § 70 Abs. 3 ist eine Folge der Neufassung des § 68. Da im neugefaßten § 68 Abs. 2 die Kostenübernahme für die Heranziehung einer erforderlichen besonderen Pflegekraft nicht mehr als Rechtsanspruch geregelt ist, mußte diese Regelung in § 70 Abs. 3 aufgenommen werden, um den Leistungsumfang bei der Hilfe zur Weiterführung des Haushalts nicht zu schmälern.

Zu Nummer 7

Zu a): Für sämtliche Hilfen, die dem Leistungsumfang der gesetzlichen Pflegeversicherung entsprechen, gilt zukünftig einheitlich die Einkommensgrenze des § 81 Abs. 1 unabhängig vom Schweregrad der Pflegebedürftigkeit. Da Hilfen zur Pflege nach dem BSHG zukünftig nur noch Personen erhalten, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt vom Ausland in das Inland verlegt haben, ist die bisherige günstigere Einkommensgrenze nach § 81 Abs. 2 für Schwerstpflegebedürftige nicht mehr erforderlich.

Für Pflegebedürftige, die nicht mindestens erheblich pflegebedürftig sind und Leistungen nach nach § 68 Abs. 2 erhalten, gilt die allgemeine Einkommensgrenze wie bisher.

Zu b): Leistungen der individuellen Schwerstbehindertenbetreuung gem. § 40 Abs. 1 Nr. 7a sollen zukünftig hinsichtlich der Einkommensgrenze der Blindenhilfe nach § 67 gleichgestellt werden. Deshalb soll für diese Leistungen die besondere Einkommensgrenze des § 81 Abs. 2 gelten. Damit ist ein Anreiz geschaffen, daß auch Schwerstbehinderte, die intensiv betreut werden müssen, einen Beruf ausüben.

Zu Nummer 8

Nach der geltenden Regelung im BSHG gilt der Schutz des § 91 Abs. 3 BSHG. Danach haben Eltern von Behinderten und Pflegebedürftigen über 21 Jahre in der Regel nicht zum Unterhalt beizutragen, soweit die Hilfe als Hilfe in besonderen Lebenslagen erbracht wird. Bei stationären Hilfen umfaßt die Leistung gemäß § 27 Abs. 3 BSHG auch die Hilfe zum Lebensunterhalt. Nach der neuen gesetzlichen Regelung erhalten stationär Versorgte die Pflegeleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. Wenn sie nicht in der Lage sind, die Kosten der Unterkunft und Verpflegung aus eigenem Einkommen zu bestreiten, haben sie Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt. Die mit der Neuformulierung vorgesehene Änderung im BSHG sichert den Eltern der Betroffenen auch für diese Leistung zukünftig den entsprechenden Schutz des § 91 Abs. 3 BSHG.

Zu Nummer 9

Durch die Änderung in § 120 Abs. 1 Satz 1 haben Ausländer künftig keinen Rechtsanspruch auf Hilfe zur Pflege, da sie grundsätzlich der gesetzlichen Pflegeversicherung angehören (§§ 6 und 10 SGB VII). Soweit dies nicht der Fall ist oder sie die Leistungsvoraussetzungen noch nicht erfüllt haben, stellt aber § 120 Abs. 1 Satz 2 sicher, daß Hilfe zur Pflege gewährt werden kann, soweit dies im Einzelfall gerechtfertigt ist. Diese Einzelfälle sollen im Rahmen des Ermessens vom zuständigen Sozialhilfeträger entschieden werden. Ein Mißbrauch der Leistung kann, wie bei allen anderen Sozialhilfeleistungen, mit der unverändert geltenden Vorschrift des § 120 Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz vermieden werden. Danach hat keinen Anspruch auf Sozialhilfe, wer sich in den Geltungsbereich dieses Gesetzes begeben hat, um Sozialhilfe zu erlangen.

Für Asylbewerber besteht entsprechend der bereits heute geltenden Regelungen in § 120 Abs. 2 kein Rechtsanspruch auf Hilfe zur Pflege. Insofern besteht keine Notwendigkeit für eine Veränderung. Pflegebedürftigen Asylbewerbern kann wie bisher Hilfe zur Pflege im Rahmen einer Ermessensentscheidung des zuständigen Sozialhilfeträgers gewährt werden.

Zu Artikel 8 (Änderung des Heimgesetzes)

Zu Nummer 1

Die Änderung dient der Klarstellung, daß auch Einrichtungen zur Kurzzeitpflege in den Geltungsbereich des Heimgesetzes einbezogen werden, soweit die sonstigen Voraussetzungen erfüllt sind.

Zu Nummer 2

Zu a): Die Änderung dient der Herstellung größerer Kostentransparenz zur Wahrung der schutzwürdigen Interessen der Heimbewohner und -bewerber sowie zur Erleichterung der Überprüfung auf Wohngeldberechtigung.

Zu b): Notwendige Änderung, um die Abrechnung pflegerischer Leistungen mit dem Träger der Pflegeversicherung zu ermöglichen.

Zu Nummer 3

Notwendige Folgeänderung, die sich aus der in § 18 Abs. 3 SGB VII enthaltenen Bestimmung ergibt, daß nur die Kosten für Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Pflege vom Versicherten zu tragen sind. Das Entgelt für die pflegerische Versorgung als Bestandteil des Gesamtentgelts ist durch den pflegebedürftigen Versicherten nicht mehr beeinflußbar. Die Zustimmungspflicht bei Entgeltveränderungen ist daher auf den vom Versicherten zu tragende Kostenanteil zu beschränken.

Zu Artikel 9 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

Der Fünfte Abschnitt des Ersten Teiles des SGG regelt u.a. die Zulässigkeit des Rechtsweges. Nach § 51 Abs. 1 entscheiden die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit über öffentlich-rechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der Sozialversicherung, der Arbeitslosenversicherung und der übrigen Aufgaben der Bundesanstalt für Arbeit sowie der Kriegsopferversorgung. Durch die Einbeziehung der Pflegeversicherung in die Sozialversicherung ist sichergestellt, daß § 51 Abs. 1 SGG sich auch auf die Pflegeversicherung erstreckt. Hiermit abgedeckt sind insbesondere die Streitigkeiten über versicherungs- und beitragsrechtliche Vorschriften und die Leistungsansprüche der Versicherten gegenüber dem Träger der Pflegeversicherung.

Durch § 51 Abs. 3 SGG wird sichergestellt, daß auch die Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und den Trägern der Pflegeversicherung - einschließlich der Entscheidungen gemeinsamer Gremien - in die Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit einzubeziehen sind. Die Vorschrift ist vergleichbar dem § 51 Abs. 2 SGG. Die Zuweisung auch dieser Streitigkeiten an die Sozialgerichtsbarkeit ist wegen des engen Sachzusammenhangs zwischen dem Inhalt der im SGB VII vorgesehenen Verträge und den öffentlich-rechtlichen Verpflichtungen der Träger der Pflegeversicherung gegenüber ihren Versicherten geboten.

Zu Artikel 10 (Änderung des Wohngeldgesetzes)

Durch die Ergänzung des § 14 WoGG wird sichergestellt, daß die Leistungen der Pflegeversicherung bei der Ermittlung des Jahreseinkommens außer Betracht bleiben.

Im übrigen haben auch Bewohner eines Heimes im Sinne des Heimgesetzes gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 5 WoGG bereits nach geltendem Recht einen Anspruch auf einen Mietzuschuß.

Zu Artikel 11 (Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes)

Die Ergänzung stellt sicher, daß bei dem zu berücksichtigenden Einkommen die Leistungen der Pflegeversicherung außer Betracht bleiben.

Zu Artikel 12 (Befreiung von der Versicherungspflicht)

Angesichts der Konzeption, mit der Pflegeversicherung die Gesamtbevölkerung zu erfassen, stellt die Befreiung von der Versicherungspflicht eine Ausnahme dar. Im Hinblick auf Art. 14 GG muß aber für Personen, die vor Inkrafttreten der gesetzlichen Pflichtversicherung entsprechende individuelle Vorsorge getroffen hatten, eine Befreiungsmöglichkeit geschaffen werden.

Die Befreiung ist aber nur dann sachgerecht, wenn der Nachweis einer vergleichbaren anderweitigen Sicherung für den Fall der Pflegebedürftigkeit erbracht wird. Der Nachweis z. B. einer derzeit von privaten Versicherern angebotenen Pflegetagegeldversicherung reicht hierfür nicht aus. Auch die Absicherung der Beamten, Richter und Soldaten über die Beihilfevorschriften wird für den Bereich der Pflege nicht als gleichwertig angesehen.

Zu Artikel 13 (Anschubfinanzierung)

Pflegebedingte Investitionskosten sind grundsätzlich von Ländern und Kommunen zu tragen. Wegen der wirtschaftlichen und finanziellen Schwierigkeiten wären die Länder und Gemeinden im beigetretenen Teil Deutschlands in der Anfangsphase mit dieser Aufgabe überfordert. Aus diesem Grund soll der Bund bis zur Herstellung einheitlicher wirtschaftlicher Verhältnisse die Kosten der aufwendigen Investitionen im beigetretenen Gebiet übernehmen.