

13. 08. 93

AS – FJ – FS – Fz – G – In –
K – R – Wi

194 Seiten

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz — PflegeVG)

A. Zielsetzung

1. Mit der Vorlage des Entwurfs eines Gesetzes zur sozialen Absicherung der Pflegebedürftigkeit löst die Koalition die Ankündigung aus der Koalitionsvereinbarung und der Regierungserklärung des Bundeskanzlers vom 30. Januar 1991 ein, in dieser Legislaturperiode eine umfassende Lösung der Pflegeproblematik herbeizuführen.
2. Die Zahl der Pflegebedürftigen in der Bundesrepublik Deutschland wird auf 1,65 Millionen geschätzt. Bezogen auf die Bevölkerungszahl von 81 Millionen Einwohnern entspricht das einem Anteil von rd. 2 Prozent.

Von den derzeit Pflegebedürftigen werden rd. 450 000 stationär in Pflegeheimen und rd. 1,2 Millionen zu Hause in der Familie versorgt.

Pflegebedürftigkeit ist ein unabhängig vom Lebensalter bestehendes allgemeines Lebensrisiko, das schon durch eine angeborene Behinderung, aber auch jederzeit durch Unfall oder durch Krankheit eintreten kann. Eine allgemeine Versicherung zur Abdeckung dieses Risikos, vergleichbar den Versicherungen gegen Krankheit, Unfall und Arbeitslosigkeit sowie zur Sicherung des Alterseinkommens, gibt es nicht. Anders als bei Krankheit, bei der die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten der Krankenbehandlung im wesentlichen abdeckt, sind bei Pflegebedürftigkeit der einzelne und seine Familie zunächst

Fristablauf: 24.09.93

Besonders eilbedürftige Vorlage gemäß Artikel 76 Abs. 2 Satz 3 GG

allein verantwortlich, die wirtschaftlichen Folgen der Pflegebedürftigkeit zu tragen.

Pflegebedürftig zu werden, bedeutet regelmäßig eine hohe Kostenbelastung, die in den meisten Fällen zu einer wirtschaftlichen Überforderung der Betroffenen und damit verbunden zum Verlust von Vermögen und zum sozialen Abstieg führt, in den nicht selten Kinder oder Eltern der Pflegebedürftigen mit hineingezogen werden. Mangels einer anderweitigen Absicherung müssen Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Dies hat häufig die Heranziehung der Unterhaltspflichtigen im Wege des Regresses zur Folge.

3. Mit der Pflegeversicherung soll die Versorgung Pflegebedürftiger umfassend verbessert und auf eine neue Grundlage gestellt werden. Die Pflegeversicherung soll dazu beitragen, die aus der Pflegebedürftigkeit entstehenden Belastungen zu mildern; sie soll bewirken, daß in der überwiegenden Zahl der Pflegebedürftigen nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen ist; wer sein Leben lang gearbeitet und eine durchschnittliche Rente erworben hat, soll wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht zum Sozialamt gehen müssen.

Als Leistungen sollen vorrangig Hilfen zur häuslichen Pflege zur Verfügung gestellt werden, um den Pflegebedürftigen möglichst lange das Verbleiben in der gewohnten häuslichen und familiären Umgebung zu ermöglichen. Der unterstützende Charakter der Leistungen hat zur Folge, daß Pflege und Betreuung durch Familienangehörige aber auch weiterhin notwendig sind.

Bei stationärer Pflege sollen die Pflegebedürftigen von pflegebedingten Kosten entlastet werden, jedoch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung selbst tragen.

B. Lösung

1. Zur Absicherung des Pflegerisikos wird eine soziale Pflegeversicherung als eigenständige Säule der sozialen Sicherheit unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen. Durch die Anbindung an die gesetzliche Krankenversicherung wird der Aufbau einer neuen, kostenträchtigen Verwaltung für die Erbringung von Pflegeleistungen vermieden und zugleich werden die Erfahrungen der Krankenkassen in der Prävention, Akutbehandlung, Rehabilitation und häuslichen Pflege genutzt.
2. Der versicherte Personenkreis der sozialen Pflegeversicherung umfaßt die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Die gegen Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Versicherten erhalten bei diesem Unternehmen Versicherungsschutz gegen Pflegebedürftigkeit. Mit dieser Zuordnung wird erreicht, daß die Pflegeversicherung der Krankenversicherung folgt, so daß im Einzelfall bei der Abgrenzung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit Zuständigkeitsstreitigkeiten auf dem Rücken der Versicherten vermieden werden.

3. Die Pflegeversicherung erbringt Leistungen bei häuslicher und stationärer Pflege. Diese Leistungen werden stufenweise eingeführt, und zwar die ambulanten Leistungen vom 1. Januar 1994, die Leistungen bei stationärer Pflege vom 1. Januar 1996 an.

Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten diejenigen Versicherten, die wegen einer Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer — voraussichtlich für mindestens sechs Monate — in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedürfen. Die Höhe der Versicherungsleistungen richtet sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit; sie ist in drei Pflegestufen gegliedert, die sich nach dem erforderlichen pflegerischen Aufwand unterscheiden. Die häusliche Pflegehilfe wird in Form von Sach- und Geldleistungen gewährt und umfaßt die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung. Im stationären Bereich werden vom 1. Januar 1996 an die pflegebedingten Kosten des Heimaufenthaltes bis zu einer Höchstgrenze von 2 100 DM (Basis 1991) übernommen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst.

4. Mit Schaffung der Pflegeversicherung werden nicht nur die Pflegeleistungen der Familienangehörigen und der Nachbarschaftshilfe nachhaltig unterstützt und gefördert, sondern es wird auch ein wesentlicher Beitrag geleistet, eine leistungsfähige und wirtschaftliche Pflegeinfrastruktur aufzubauen und vorzuhalten. Dabei wird auf eine Vielfalt von Leistungserbringern in freigemeinnütziger, privater und öffentlicher Trägerschaft ebenso Wert gelegt wie auf die Prinzipien des Wettbewerbs, der Wirtschaftlichkeit und der Leistungsfähigkeit der Leistungserbringer sowie auf Qualität und Humanität der Pflegeleistungen.
5. Die Kosten der Pflegedienste und Pflegeheime werden über den Preis finanziert, der sowohl die Betriebskosten als auch die Investitionskosten umfaßt (monistische Finanzierung). Mit der Absage an eine staatliche Finanzierung der Investitionskosten (duale Finanzierung) sollen eine wirtschaftlichere Betriebsführung und Wettbewerbsgleichheit für alle Pflegeeinrichtungen erreicht werden. Die Länder werden nicht unmittelbar mit der Finanzierung der Investitionskosten belastet, allerdings soll ein Teil der Einsparungen in der Sozialhilfe der Pflegeversicherung zugute kommen. Die Pflegeversicherung wird in die Lage versetzt, die Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen in Höhe von 3,6 Mrd. DM ab 1996 über entsprechend erhöhte Leistungen zu bezahlen. Deshalb muß der Pflegeversicherung eine Finanzhilfe im Wege eines die jährlichen Investitionskosten umfassenden Bundeszuschusses zugeführt werden, der aus den Einsparungen der Sozialhilfeträger gespeist wird und von den Ländern zu tragen ist. Der Bund soll zu Lasten der Länder in die Lage versetzt werden, den Finanzierungszuschuß kostenneutral zu leisten. Hierzu sollen die Verteilung des Umsatzsteueraufkommens zugunsten des Bundes geändert oder der Länderanteil im

Rahmen von Bundesleistungsgesetzen entsprechend erhöht werden.

6. Die Pflegeversicherung unterstreicht die Bedeutung pflegerischer Leistungen für unser sozialstaatliches Gemeinwesen. Der Pflegebereich wird aufgewertet und den anderen Bereichen unserer gesundheitlichen Versorgung mit Prävention, Akutbehandlung und Rehabilitation gleichgestellt; damit wird auch die gesellschaftliche und materielle Anerkennung der Pflegeberufe gefördert.

Zur Unterstützung der häuslichen Pflege werden pflegende Familienangehörige in der Renten- und Unfallversicherung sozial abgesichert, so daß ihnen durch eine Pflegetätigkeit insoweit Nachteile nicht entstehen.

7. Zur Stärkung von Selbstverantwortung und Eigenvorsorge werden steuerliche Anreize geschaffen, um ergänzend zu den Leistungen der Pflege-Pflichtversicherung im Wege einer freiwilligen privaten Versicherung einen weitergehenden Versicherungsschutz aufzubauen. Dieser Weg ist vor allem für die jüngeren Geburtsjahrgänge ab 1963 wegen der günstigen Versicherungsprämien geeignet; er soll durch Einführung eines jährlichen Sonderabzugs von 360 DM pro Person steuerlich gefördert werden.

C. Alternativen

- a) Verbesserung der Pflegeleistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz
- b) steuerfinanziertes Pflegeleistungsgesetz
- c) freiwillige private Pflegeversicherung mit steuerlichen Anreizen
- d) private Pflege-Pflichtversicherung für alle Bürger auf der Grundlage des Kapitaldeckungsverfahrens

D. Kosten

Die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung bemessen sich prozentual nach dem Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung (im Jahr 1993: 5 400 DM monatlich) und werden von Unternehmen und Arbeitnehmern je zur Hälfte getragen. Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich ab 1. Januar 1994 1,0 v. H., vom 1. Januar 1996 an 1,7 v. H..

Im Anfangsjahr 1994 belaufen sich die Einnahmen der Pflegeversicherung bei einem Beitragssatz von 1 v. H. auf 17,2 Mrd. DM; dieser Betrag steht für die Leistungen zur häuslichen Pflege (14,4 Mrd. DM), die Verwaltungskosten (0,9 Mrd. DM) und für den Aufbau einer Rücklage (1,8 Mrd. DM) zur Verfügung. Die Beitragseinnahmen im Jahr 1996 bei einem Beitragssatz von dann 1,7 v. H. können heute noch nicht exakt angegeben werden; sie sind abhängig von der dann geltenden Beitragsbemessungsgrenze. Bezogen auf das Jahr 1994 ergeben sich Einnahmen von schät-

zungsweise 29 Mrd. DM. Die Höhe der Leistungsausgaben im Jahre 1996 ist abhängig von der dann gültigen Leistungshöhe, die für den stationären Bereich noch festgelegt und für den häuslichen Bereich gegebenenfalls angepaßt werden muß.

Den Beziehern von Sozialleistungen werden die Beiträge ganz oder teilweise vom jeweiligen Leistungsträger gezahlt. Für Leistungsempfänger nach dem Arbeitsförderungsgesetz sind von der Bundesanstalt für Arbeit im Jahr 1994 Beiträge in Höhe von 1,0 Mrd. DM zu entrichten. Von der Rentenversicherung sind — wie in der gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner — die Beiträge der pflegeversicherten Rentner zur Hälfte zu tragen; hierfür sind von der Rentenversicherung 1994 Beitragsleistungen in Höhe von 1,4 Mrd. DM zu erbringen. Von 1996 an werden sich diese Beitragsleistungen bei dem dann vollen Beitragssatz von 1,7 v. H. entsprechend erhöhen.

Der zur Finanzierung der Investitionskosten ab 1996 vorgesehene Bundeszuschuß soll in Höhe von etwa der Hälfte der bei den Sozialhilfeträgern entstehenden Einsparungen gezahlt werden. Er wird voraussichtlich im Jahre 1996 3,6 Mrd. DM betragen. Für die Investitionskosten der Jahre 1994 und 1995 in Höhe von jeweils 0,6 Mrd. DM erhält die Pflegeversicherung eine Nachzahlung in Höhe von insgesamt 1,2 Mrd. DM.

E. Einsparungen/Belastungsausgleich für die Wirtschaft

1. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden im Jahr 1994 wegen des Übergangs der Leistungen zur häuslichen Pflegehilfe auf die Pflegeversicherung Ausgaben in Höhe von rd. 4 Mrd. DM eingespart; durch Umwidmung und Abbau von heute mit Pflegebedürftigen fehlbelegten Krankenhausbetten werden langfristig rd. 2,7 Mrd. DM eingespart, so daß dann in der GKV insgesamt von Einsparungen in Höhe von 6,7 Mrd. DM jährlich auszugehen ist.
2. Länder und Gemeinden werden als Träger der Sozialhilfe durch die Pflegeversicherung in beachtlicher Höhe entlastet, in der Hauptsache allerdings erst ab 1996, wenn die Leistungen zur stationären Pflege beginnen. Bezogen auf die Ausgaben der Sozialhilfeträger für Hilfen zur Pflege im Jahre 1993 läge die Entlastung für den ambulanten und stationären Bereich bei insgesamt 7,2 Mrd. DM. Im Jahr 1994 treten die Entlastungen zunächst im ambulanten Bereich ein; sie sind auf rd. 1,2 Mrd. DM zu veranschlagen. Ab dem Jahre 1996 wird die eigentliche Entlastung im stationären Bereich wirksam; sie wird auf zwischen 7 und 8 Mrd. DM geschätzt.
3. Die Beitragsbelastungen der Wirtschaft belaufen sich auf rd. 42 v. H. des Gesamtbeitragsvolumens der Pflegeversicherung. Das wären bei einem Beitragssatz von 1,7 v. H. bezogen auf die Werte des Jahres 1991 rd. 11 Mrd. DM und auf die Werte des Jahres 1993 rd. 12,1 Mrd. DM. Für das Anlaufjahr 1994 entfallen auf die Unternehmen bei einem Beitragssatz von 1,0 v. H. und sich daraus ergebenden Gesamteinnahmen der Pflegeversiche-

runge von 16,9 Mrd. DM rd. 7,1 Mrd. DM. Die sich für das Jahr 1996 bei dem dann vollen Beitragssatz von 1,7 v. H. ergebende Beitragsbelastung der Wirtschaft kann heute noch nicht exakt ermittelt werden.

Um einen Anstieg der Lohnzusatzkosten, eine Beeinträchtigung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft und die Gefährdung von Arbeitsplätzen zu vermeiden, sollen die Belastungen der Unternehmen durch die Einsparungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, durch die Einführung einer Selbstbeteiligung bei der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall sowie durch verstärkte Kontrollen zur Bekämpfung des Mißbrauchs im Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeit ausgeglichen werden. Die Höhe der Einsparungen ist bei voller Wirksamkeit der Maßnahmen auf mehr als 19 Mrd. DM zu beziffern.

Bundesrat

Drucksache 505/93

13. 08. 93

AS – FJ – FS – Fz – G – In –
K – R – Wi

Gesetzesentwurf
der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos
der Pflegebedürftigkeit
(Pflege-Versicherungsgesetz — PflegeVG)

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
021 (311) — 811 00 — Pf 15/93

Bonn, den 13. August 1993

An den
Präsidenten des Bundesrates

Hiermit übersende ich gemäß Artikel 76 Abs. 2 Satz 3 des Grundgesetzes den von der Bundesregierung beschlossenen

Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der
Pflegebedürftigkeit
(Pflege-Versicherungsgesetz — PflegeVG)

mit Begründung und Vorblatt.

Der Gesetzesentwurf ist besonders eilbedürftig, weil das Gesetz, soweit es Leistungen zur häuslichen Pflege vorsieht, schon zum 1. Januar 1994 in Kraft treten soll.

Federführend ist das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

Kohl

Fristablauf: 24.09.93
Besonders eilbedürftige Vorlage gemäß Artikel 76 Abs. 2 Satz 3 GG

505793

Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz — PflegeVG)

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

Inhaltsübersicht

Erster Teil	Ergänzung des Sozialgesetzbuches
Artikel 1	Sozialgesetzbuch (SGB) — Elftes Buch (XI) — Soziale Pflegeversicherung
Zweiter Teil	Änderung des Sozialgesetzbuches
Artikel 2	Erstes Buch Sozialgesetzbuch
Artikel 3	Viertes Buch Sozialgesetzbuch
Artikel 4	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
Artikel 5	Sechstes Buch Sozialgesetzbuch
Dritter Teil	Änderung weiterer Gesetze
Artikel 6	Reichsversicherungsordnung
Artikel 7	Arbeitsförderungsgesetz
Artikel 8	Bundesversorgungsgesetz
Artikel 9	Arbeitssicherstellungsgesetz
Artikel 10	unbesetzt
Artikel 11	Künstlersozialversicherungsgesetz
Artikel 12	Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte
Artikel 13	Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation
Artikel 14	Krankenhausfinanzierungsgesetz
Artikel 15	Bundessozialhilfegesetz
Artikel 16	Heimgesetz
Artikel 17	Lastenausgleichsgesetz
Artikel 17 a	Bundesbesoldungsgesetz
Artikel 17 b	Bundesministergesetz
Artikel 17 c	Gesetz über die Rechtsverhältnisse der Parlamentarischen Staatssekretäre
Artikel 17 d	Abgeordnetengesetz
Artikel 17 e	Flüchtlingshilfegesetz
Artikel 18	Bundesvertriebenengesetz
Artikel 19	Einkommensteuergesetz
Artikel 20	Umsatzsteuergesetz
Artikel 21	Bewertungsgesetz
Artikel 22	Versicherungssteuergesetz
Artikel 23	Bundesausbildungsförderungsgesetz
Artikel 24	Wohngeldgesetz
Artikel 25	Sozialgerichtsgesetz
Artikel 26	Eignungsübungsgesetz
Artikel 27	Unterhaltssicherungsgesetz

Vierter Teil	Überleitungs- und Schlußvorschriften
Artikel 28	Familienversicherung der Behinderten
Artikel 29	Behandlung der bestehenden privaten Pflegeversicherungsverträge
Artikel 30	Beitragsbemessung bei landwirtschaftlichen Unternehmern und mitarbeitenden Familienangehörigen
Artikel 31	Beitragsbemessung bei Wehr- und Zivildienstleistenden
Artikel 32	Bezieher von Pflegeleistungen nach den §§ 53 bis 57 des Fünftens Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 33	Weitergeltung von Pflegesätzen
Artikel 34	Pflegegeld nach dem Bundessozialhilfegesetz
Artikel 35	Inkrafttreten

ERSTER TEIL

Ergänzung des Sozialgesetzbuches

Artikel 1

Dem Sozialgesetzbuch wird das folgende Buch angefügt:

„Sozialgesetzbuch (SGB)
Elftes Buch (XI)
Soziale Pflegeversicherung

Inhaltsübersicht

Erstes Kapitel

Allgemeine Vorschriften

§ 1	Soziale Pflegeversicherung
§ 2	Selbstbestimmung
§ 3	Vorrang der häuslichen Pflege
§ 4	Art und Umfang der Leistungen
§ 5	Vorrang von Prävention und Rehabilitation
§ 6	Eigenverantwortung
§ 7	Aufklärung, Beratung
§ 8	Gemeinsame Verantwortung
§ 9	Aufgaben der Länder und des Bundes
§ 10	Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

- § 11 Aufgaben der Pflegekassen
 § 11 a Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

*Zweites Kapitel
 Leistungsberechtigter Personenkreis*

- § 12 Begriff der Pflegebedürftigkeit
 § 13 Stufen der Pflegebedürftigkeit
 § 14 Verordnungsermächtigung
 § 15 Richtlinien der Pflegekassen
 § 16 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
 § 17 Begriff der Pflegepersonen

*Drittes Kapitel
 Versicherungspflichtiger Personenkreis*

- § 18 Versicherungspflicht für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung
 § 19 Konkurrenzklausel
 § 20 Versicherungspflicht für Mitglieder der privaten Krankenversicherung
 § 21 Familienversicherung
 § 22 Weiterversicherung
 § 23 Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages

*Viertes Kapitel
 Leistungen der Pflegeversicherung*

*Erster Abschnitt
 Übersicht über die Leistungen*

- § 24 Leistungsarten, Grundsätze

*Zweiter Abschnitt
 Gemeinsame Vorschriften*

- § 25 Wirtschaftlichkeitsgebot
 § 26 Dynamisierung
 § 27 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege
 § 28 Vorläufige Leistungen zur Rehabilitation
 § 29 Leistungsvoraussetzungen
 § 30 Ruhen der Leistungsansprüche
 § 31 Erlöschen der Leistungsansprüche

*Dritter Abschnitt
 Leistungen*

*Erster Titel
 Leistungen bei häuslicher Pflege*

- § 32 Pflegesachleistung
 § 33 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen
 § 34 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)
 § 35 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
 § 36 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

*Zweiter Titel
 Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege*

- § 37 Tagespflege und Nachtpflege
 § 38 Kurzzeitpflege

*Dritter Titel
 Vollstationäre Pflege*

- § 39 Inhalt der Leistung

*Vierter Abschnitt
 Leistungen für Pflegepersonen*

- § 40 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
 § 41 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

*Fünftes Kapitel
 Organisation*

*Erster Abschnitt
 Träger der Pflegeversicherung*

- § 42 Pflegekassen
 § 43 Satzung

*Zweiter Abschnitt
 Zuständigkeit, Mitgliedschaft*

- § 44 Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse
 § 45 Mitgliedschaft

Dritter Abschnitt Meldungen		Vierter Titel Beitragszahlung	
§ 46	Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung	§ 65	Grundsatz
§ 47	Meldungen bei Mitgliedern der privaten Pflegeversicherung	§ 66	Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt
§ 48	unbesetzt	§ 67	Beitragszahlung aus sonstigen Einnahmen
Vierter Abschnitt Wahrnehmung der Verbandsaufgaben		Zweiter Abschnitt Beitragszuschüsse für Privatversicherte	
§ 49	Aufgaben auf Landesebene	§ 68	Beitragszuschüsse für Privatversicherte
§ 50	Aufgaben auf Bundesebene		
Sechstes Kapitel Finanzierung		Dritter Abschnitt Bundeszuschuß	
Erster Abschnitt Beiträge		§ 69	Bundeszuschuß
Erster Titel Allgemeines		Vierter Abschnitt Verwendung und Verwaltung der Mittel	
§ 51	Grundsatz	§ 70	Mittel der Pflegekasse
§ 52	Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze	§ 71	Betriebsmittel
§ 53	Mindestbeitrag	§ 72	Rücklage
§ 54	Beitragsfreiheit	§ 73	unbesetzt
Zweiter Titel Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder		Fünfter Abschnitt Ausgleichsfonds, Finanzausgleich	
§ 55	Beitragspflichtige Einnahmen Beschäftigter und ähnlicher Personengruppen	§ 74	Ausgleichsfonds
§ 56	Beitragspflichtige Einnahmen selbständig Tätiger	§ 75	Finanzausgleich
§ 57	Beitragsbemessung bei landwirtschaftlichen Unternehmern und mitarbeitenden Familienangehörigen	§ 76	Monatlicher Ausgleich
§ 58	Beitragsbemessung bei Wehr- und Zivildienstleistenden	§ 77	Jahresausgleich
§ 59	Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Mitglieder		
§ 60	Rangfolge der Einnahmearten bei mehreren beitragspflichtigen Einnahmen		
§ 61	Beitragsbemessung bei Weiterversicherung		
Dritter Titel Beitragstragung		Siebtes Kapitel Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern	
Erster Abschnitt Allgemeine Grundsätze		Erster Abschnitt Allgemeine Grundsätze	
§ 62	Beitragstragung durch das Mitglied und Dritte je zur Hälfte	§ 78	Sicherstellungsauftrag
§ 63	Beitragstragung allein durch Dritte	§ 79	Beitragssatzstabilität
§ 64	Beitragstragung allein durch das Mitglied		

Zweiter Abschnitt	
Beziehungen zu den Pflegeeinrichtungen	
§ 80	Pflegeeinrichtungen
§ 81	Zulassung zur Pflege durch Versorgungs- vertrag
§ 82	Abschluß von Versorgungsverträgen
§ 83	Kündigung von Versorgungsverträgen
§ 84	Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung
§ 85	Schiedsstelle

Dritter Abschnitt	
Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern	
§ 86	Häusliche Pflege durch Einzelpersonen
§ 87	Verträge über Pflegehilfsmittel

Vierter Abschnitt	
Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätssicherung	
§ 88	Wirtschaftlichkeitsprüfungen
§ 89	Qualitätssicherung
§ 90	Verfahrensregelungen

Achtes Kapitel *Pflegevergütung und Investitionsfinanzierung* *der Pflegeeinrichtungen*

Erster Abschnitt	
Allgemeine Vorschriften	
§ 91	Finanzierung der Pflegeeinrichtungen
§ 92	Verordnung zur Regelung der Pflegevergü- tung

Zweiter Abschnitt Pflegevergütung

Erster Titel	
Vergütung der stationären Pflegeleistungen	
§ 93	Bemessungsgrundsätze
§ 94	Pflegesatzverfahren

§ 95	Pflegesatzkommission
§ 96	Unterkunft und Verpflegung
§ 97	Zusatzleistungen

Zweiter Titel	
Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen	
§ 98	Grundsätze für die Vergütungsregelung
§ 99	Gebührenordnung für ambulante Pflegelei- stungen

Dritter Titel	
Investitionsfinanzierung	
§ 100	Investitionszuschlag
§ 101	Landespflegeausschüsse

Vierter Titel	
Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsverträge mit den Pflegekassen	
§ 101 a	Kostenerstattung

Neuntes Kapitel *Datenschutz und Statistik*

Erster Abschnitt Informationsgrundlagen

Erster Titel	
Grundsätze der Datenverwendung	
§ 102	Anzuwendende Vorschriften
§ 103	Personenbezogene Daten bei den Pflege- kassen
§ 104	Personenbezogene Daten bei den Verbän- den der Pflegekassen
§ 105	Gemeinsame Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten
§ 106	Personenbezogene Daten beim Medizini- schen Dienst
§ 107	Forschungsvorhaben

Zweiter Titel	
Informationsgrundlagen der Pflegekassen	
§ 108	Versichertenverzeichnis
§ 109	Nachweispflicht bei Familienversicherung
§ 110	Pflegeversichertennummer

- § 111 Angaben über Leistungsvoraussetzungen
- § 112 Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

Zweiter Abschnitt Übermittlung von Leistungsdaten

- § 113 Pflichten der Leistungserbringer
- § 114 Abrechnung pflegerischer Leistungen
- § 115 Abweichende Vereinbarungen

Dritter Abschnitt Datenlöschung, Auskunftspflicht

- § 116 Löschen von Daten bei der Pflegekasse
- § 117 Auskünfte an Versicherte

Vierter Abschnitt Statistik

- § 118 Erhebungen über Pflegeeinrichtungen

Zehntes Kapitel Private Pflegeversicherung

- § 119 Regelungen für die private Pflegeversicherung
- § 120 Gemeinschaftsunternehmen

Elftes Kapitel Bußgeldvorschrift

- § 121 Bußgeldvorschrift

ERSTES KAPITEL Allgemeine Vorschriften

§ 1 Soziale Pflegeversicherung

(1) Zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit wird als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eine soziale Pflegeversicherung geschaffen.

(2) In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Wer gegen Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, muß eine private Pflegeversicherung abschließen.

(3) Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen; ihre Aufgaben werden von den Krankenkassen (§ 4 des Fünften Buches) wahrgenommen.

(4) Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.

(5) Die Leistungen der Pflegeversicherung werden in Stufen eingeführt: die Leistungen bei häuslicher Pflege vom 1. Januar 1994, die Leistungen bei stationärer Pflege vom 1. Januar 1996 an.

(6) Die Ausgaben der Pflegeversicherung werden durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber sowie durch einen Bundeszuschuß finanziert. Die Beiträge richten sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Für versicherte Familienangehörige werden Beiträge nicht erhoben.

§ 2 Selbstbestimmung

(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.

(2) Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Ihren Wünschen zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden.

(3) Auf die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ist Rücksicht zu nehmen. Auf ihren Wunsch hin sollen sie stationäre Leistungen in einer Einrichtung erhalten, in der sie durch Geistliche ihres Bekenntnisses betreut werden können.

(4) Die Pflegebedürftigen sind auf die Rechte nach den Absätzen 2 und 3 hinzuweisen.

§ 3 Vorrang der häuslichen Pflege

Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.

§ 4 Art und Umfang der Leistungen

(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung sowie Kostenerstattung, soweit es dieses Buch vor-

sieht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird.

(2) Bei häuslicher und teilstationärer Pflege ergänzen die Leistungen der Pflegeversicherung die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung. Bei vollstationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen von pflegebedingten Aufwendungen entlastet; die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst.

(3) Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige haben darauf hinzuwirken, daß die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

§ 5

Vorrang von Prävention und Rehabilitation

(1) Die Pflegekassen wirken bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, daß frühzeitig alle geeigneten Maßnahmen der Prävention, der Krankenbehandlung und der Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(2) Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre medizinischen und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.

§ 6

Eigenverantwortung

(1) Die Versicherten sollen durch gesundheitsbewußte Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen und durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und medizinischer Rehabilitation dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(2) Nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit haben die Pflegebedürftigen an Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und der aktivierenden Pflege mitzuwirken, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern.

§ 7

Aufklärung, Beratung

(1) Die Pflegekassen haben die Eigenverantwortung der Versicherten durch Aufklärung und Beratung über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung zu unterstützen und auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hinzuwirken.

(2) Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, zu unterrichten und zu beraten. Mit Einwilligung des Versicherten haben der behandelnde Arzt, das Krankenhaus, die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie die Sozialleistungsträger unverzüglich die zuständige Pflegekasse zu benachrichtigen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Für die Beratung erforderliche personenbezogene Daten dürfen nur mit Einwilligung des Versicherten erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

§ 8

Gemeinsame Verantwortung

(1) Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

(2) Die Länder, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Sie tragen zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen bei; das gilt insbesondere für die Ergänzung des Angebots an häuslicher und stationärer Pflege durch neue Formen der teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege sowie für die Vorhaltung eines Angebots von der Pflege ergänzenden Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation. Sie unterstützen und fördern darüber hinaus die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung durch hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte sowie durch Angehörige, Nachbarn und Selbsthilfegruppen und wirken so auf eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung hin.

§ 9

Aufgaben der Länder und des Bundes

(1) Den Ländern obliegt die Koordinierung für die Vorhaltung einer funktionstüchtigen, zahlenmäßig ausreichenden und qualitativ leistungsfähigen pflegerischen Versorgungsstruktur. Sie errichten dazu nach Maßgabe des § 101 Landespflegeausschüsse, in denen die an der pflegerischen Versorgung beteiligten Träger, Organisationen und Verbände eng zusammenarbeiten.

(2) Beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wird ein Ausschuß für Fragen der Pflegeversicherung gebildet, dem insbesondere die beteiligten Bundesressorts, die zuständigen obersten Landesbehörden, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege sowie die Bundes-

verbände privater Alten- und Pflegeheime angehören. Dem Ausschuß obliegt die Beratung in allen Angelegenheiten, die einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen dienen, insbesondere mit dem Ziel, die Durchführung dieses Buches zwischen Bund und Ländern abzustimmen. Den Vorsitz und die Geschäfte führt das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

§ 10

Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

(1) Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.

(2) Bei der Durchführung dieses Buches sind die Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen zu wahren sowie deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit zu achten. Dem Auftrag kirchlicher und sonstiger Träger der freien Wohlfahrtspflege, kranke, gebrechliche und pflegebedürftige Menschen zu pflegen, zu betreuen, zu trösten und sie im Sterben zu begleiten, ist Rechnung zu tragen.

(3) Die Bestimmungen des Heimgesetzes bleiben unberührt.

§ 11

Aufgaben der Pflegekassen

(1) Die Pflegekassen sind für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich. Sie arbeiten dabei mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen. Die Pflegekassen sollen zur Durchführung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 94 Abs. 2 bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(2) Die Pflegekassen wirken mit den Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung partnerschaftlich zusammen, um die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren. Sie stellen insbesondere sicher, daß im Einzelfall ärztliche Behandlung, Behandlungspflege, rehabilitative Maßnahmen, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen.

§ 11a

Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

(1) Den Leistungen der Pflegeversicherung gehen die Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit

1. nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
2. aus der gesetzlichen Unfallversicherung und
3. aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge vor.

(2) Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches bleiben unberührt.

(3) Die Leistungen der Pflegeversicherung gehen den Fürsorgeleistungen zur Pflege

1. nach dem Bundessozialhilfegesetz,
2. nach dem Lastenausgleichsgesetz, dem Reparationsschädengesetz und dem Flüchtlingshilfegesetz,
3. nach dem Bundesversorgungsgesetz (Kriegsopferfürsorge) und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,

vor. Weitergehende Leistungen zur Pflege nach diesen Gesetzen sowie die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz bleiben unberührt.

(4) Die Leistungen der Pflegeversicherung bleiben als Einkommen bei Sozialleistungen, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, unberücksichtigt. Satz 1 gilt entsprechend bei Vertragsleistungen aus privaten Pflegeversicherungen, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung entsprechen. Rechtsvorschriften, die weitergehende oder ergänzende Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung von der Einkommensermittlung ausschließen, bleiben unberührt.

ZWEITES KAPITEL

Leistungsberechtigter Personenkreis

§ 12

Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 13) der Hilfe bedürfen.

(2) Krankheit oder Behinderung im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Funktionsstörungen des zentralen Nervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, Zähneputzen, Kämmen, Haarewaschen, Rasieren, die Nagelpflege oder die Darm- und Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

§ 13

Stufen der Pflegebedürftigkeit

(1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 12) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

(2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

§ 14

Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie und Senioren und dem Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsver-

ordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zur näheren Abgrenzung der in § 12 genannten Merkmale der Pflegebedürftigkeit sowie der Pflegestufen nach § 13 zu erlassen.

§ 15

Richtlinien der Pflegekassen

Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen im Interesse einer einheitlichen Rechtsanwendung gemeinsam und einheitlich Richtlinien zur näheren Abgrenzung der in § 12 genannten Merkmale der Pflegebedürftigkeit, der Pflegestufen nach § 13 und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Pflegeberufe und der Behinderten, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen.

§ 16

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(1) Die Pflegekassen haben durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt.

(2) Der Medizinische Dienst hat den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Im Rahmen der Untersuchung hat der Medizinische Dienst auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der medizinischen Rehabilitation geeignet und zumutbar sind. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.

(3) Der Medizinische Dienst hat, soweit der Versicherte einwilligt, ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einzuholen.

(4) Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. § 276 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(5) Der Medizinische Dienst hat der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung und seine Vorschläge über Maßnahmen zur Rehabilitation, über die Art und den

Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan mitzuteilen. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

(6) Bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben nach den Absätzen 1, 2 und 5 hat der Medizinische Dienst Pflegefachkräfte und sonstige geeignete Fachkräfte zu beteiligen; dabei hat er die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz sicherzustellen.

§ 17

Begriff der Pflegepersonen

Pflegepersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 12 wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen.

DRITTES KAPITEL

Versicherungspflichtiger Personenkreis

§ 18

Versicherungspflicht für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht für alle nachfolgend genannten Personen, sofern sie gegen das Risiko Krankheit in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind:

1. Personen, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, sofern es sich nicht um eine geringfügige Beschäftigung im Sinne des § 8 des Vierten Buches handelt, sowie Personen, die zu ihrer Berufsausbildung gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
3. hauptberuflich selbständig Tätige,
4. Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit und Berufssoldaten sowie Personen, die in einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis stehen, und sonstige Beschäftigte des Bundes, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, von öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Anstalten, Stiftungen oder Verbänden öffentlich-rechtlicher Körperschaften oder deren Spitzenverbänden, wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben,
5. Mitglieder des Deutschen Bundestages und der Parlamente der Länder (Abgeordnete),
6. Geistliche der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften,
7. satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen,

8. mitarbeitende Familienangehörige eines landwirtschaftlichen Unternehmers, die nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtig sind,
9. Personen, die Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Eingliederungsgeld, Eingliederungshilfe für Spätaussiedler, Unterhaltsgeld oder Altersübergangsgeld nach dem Arbeitsförderungsgesetz beziehen,
10. Personen, die von einem Rehabilitationsträger während einer medizinischen Maßnahme zur Rehabilitation Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld beziehen,
11. Personen, die an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung teilnehmen,
12. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für Behinderte für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
13. Behinderte, die
 - a) in nach dem Schwerbehindertengesetz anerkannten Werkstätten für Behinderte oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
 - b) in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
14. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind,
15. Personen, die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt beschäftigt sind oder die eine Fachschule oder Berufsfachschule besuchen oder eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit verrichten (Praktikanten); Auszubildende des Zweiten Bildungsweges, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnittes nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
16. a) Bezieher einer Produktionsaufgaberente oder von Ausgleichsgeld nach dem Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit,
b) Bezieher von Vorruhestandsgeld, Bezieher von Leistungen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes sowie Bezieher einer Übergangsvorsorgung nach § 7 des Tarifvertrages über einen sozialverträglichen Personalabbau im Bereich des Bundesministers der Verteidigung vom 30. November 1991.

§ 5 Abs. 4 des Fünften Buches gilt entsprechend,

17. Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Unfallversicherung oder einer Rente nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
18. Bezieher von Versorgungsbezügen oder vergleichbaren Versorgungseinkünften, die auf einer Zugehörigkeit zu einem der in Nummer 4 bis 7 genannten Personenkreise beruhen, sowie sonstige Bezieher von Versorgungsbezügen aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder einer Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe,
19. Altenteiler oder ehemals in der Landwirtschaft Tätige, die nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte krankenversicherungspflichtig sind,
20. Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz oder nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (Achttes Buch) oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, beziehen; dies gilt nicht für Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt nach § 120 Abs. 2 des Bundessozialhilfegesetzes erhalten,
21. Personen, die aufgrund gesetzlicher Pflicht mehr als drei Tage Wehrdienst oder Zivildienst leisten,
22. Personen, die eine Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen.

(2) Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung, auch wenn sie keinen der in Absatz 1 aufgelisteten Tatbestände erfüllen.

(3) Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 14, 15, 20 und 21 sowie nach Absatz 2 tritt nicht ein, solange eine Familienversicherung nach § 21 oder eine Mitversicherung im Sinne des § 20 Abs. 1 bei einem privaten Versicherungsunternehmen besteht.

(4) Nehmen Personen, die in den letzten zehn Jahren nicht in der sozialen Pflegeversicherung versichert waren, dem äußeren Anschein nach eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung auf, besteht die widerlegbare Vermutung, daß eine versicherungspflichtige Beschäftigung nach Absatz 1 Nr. 1 oder eine versicherungspflichtige selbständige Tätigkeit nach Absatz 1 Nr. 2 oder 3 tatsächlich nicht ausgeübt wird. Dies gilt insbesondere bei einer Beschäftigung bei Familienangehörigen.

§ 19

Konkurrenzklausele

(1) Die Versicherungspflicht nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 geht der Versicherungspflicht nach § 18 Abs. 1 Nr. 3 vor. Die Versicherungspflicht nach § 18 Abs. 1 Nr. 2 und 3 geht der Versicherungspflicht nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 und 4 bis 8 vor.

(2) Nach § 18 Abs. 1 Nr. 8 und 11 bis 13 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 bis 7 versicherungspflichtig ist. Trifft eine Versicherungspflicht nach § 18 Abs. 1 Nr. 8 mit einer Versicherungspflicht nach § 18 Abs. 1 Nr. 16 bis 19 zusammen, so geht die Versicherungspflicht nach § 18 Abs. 1 Nr. 16 bis 19 vor. Trifft eine Versicherungspflicht nach § 18 Abs. 1 Nr. 11 mit einer Versicherungspflicht nach § 18 Abs. 1 Nr. 13 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind.

(3) Nach § 18 Abs. 1 Nr. 14 und 15 wird nicht versicherungspflichtig, wer nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 bis 13 sowie 16 bis 19 versicherungspflichtig ist. Versicherungspflicht nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 tritt nicht ein bei Personen, die während der Dauer ihres Studiums als ordentlich Studierende einer Hochschule oder als Schüler einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind. Satz 2 gilt bei Studierenden nur bis zum Abschluß des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres, es sei denn, die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungsweges, rechtfertigen die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit. Die Versicherungspflicht nach § 18 Abs. 1 Nr. 14 geht der Versicherungspflicht nach § 18 Abs. 1 Nr. 15 vor. Die Versicherungspflicht nach § 18 Abs. 1 Nr. 14 und 15 geht der Versicherungspflicht nach § 18 Abs. 1 Nr. 20 und 22 vor.

(4) Nach § 18 Abs. 1 Nr. 16 bis 19 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 bis 7 versicherungspflichtig ist.

(5) Nach § 18 Abs. 1 Nr. 21 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 bis 20 und 22 versicherungspflichtig ist.

§ 20

Versicherungspflicht für Mitglieder der privaten Krankenversicherung

(1) Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, sind in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfrei. Sie sind verpflichtet, bei ihrem privaten Krankenversicherungsunternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten. Der Vertrag muß für sie selbst und ihre Angehörigen, für die in der sozialen Pflegever-

sicherung nach § 21 eine Familienversicherung bestünde, Vertragsleistungen vorsehen, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind, dabei tritt an die Stelle von Sachleistungen eine der Höhe nach gleiche Kostenerstattung.

(2) Absatz 1 Satz 2 gilt nicht für privat Krankenversicherte, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits Pflegeleistungen nach § 35 Abs. 6 des Bundesversorgungsgesetzes, nach § 34 des Beamtenversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen erhalten, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen.

(3) Bei Personen, die bei Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen erhalten, genügt für die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes ein Versicherungsvertrag, der Leistungen in einer Höhe vorsieht, die zusammen mit den Beihilfeleistungen den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung entsprechen.

(4) Die private Pflegeversicherung muß bei einem Krankenversicherungsunternehmen unterhalten werden, das

1. die Kranken- und Pflegeversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
3. die Kranken- und die Pflegeversicherung nur miteinander betreibt,
4. den Anforderungen der §§ 29 Abs. 3, 68 Abs. 6 entspricht und die Voraussetzungen und Bedingungen nach §§ 119, 120 erfüllt.

§ 21

Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte und die Kinder von Mitgliedern, wenn diese Familienangehörigen:

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben,
2. nicht nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 bis 13 oder 16 bis 19 und 22 versicherungspflichtig sind,
3. nicht in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfrei sind und
4. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet. § 7 Abs. 1 Satz 3 und 4 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gilt entsprechend.

(2) Kinder sind versichert:

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,

3. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus,

4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.

§ 10 Abs. 4 und 5 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte nach § 20 in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfrei ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Beitragsbemessungsgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

§ 22

Weiterversicherung

(1) Personen, die aus der Versicherungspflicht nach § 18 ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens zwölf Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens sechs Monate versichert waren, können sich auf Antrag in der sozialen Pflegeversicherung weiterversichern, sofern für sie keine Versicherungspflicht nach § 20 Abs. 1 eintritt. Dies gilt auch für Personen, deren Familienversicherung nach § 21 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 21 Abs. 3 vorliegen. Der Antrag ist in den Fällen des Satzes 1 innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft, in den Fällen des Satzes 2 nach Beendigung der Familienversicherung oder nach Geburt des Kindes bei der zuständigen Pflegekasse zu stellen.

(2) Personen, die wegen der Verlegung ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland aus der Versicherungspflicht ausscheiden, können sich auf Antrag weiterversichern. Der Antrag ist bis spätestens einen Monat nach Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse zu stellen, bei der die Versicherung zuletzt bestand. Die Weiterversicherung erstreckt sich auch auf die nach § 21 versicherten Familienangehörigen, die gemeinsam mit dem Mitglied ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in das Ausland verlegen. Für Familienangehörige, die im Inland verbleiben, endet die Familienversicherung nach § 21 mit dem Tag, an dem das Mitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt.

§ 23

Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages

Personen, die nach § 18 versicherungspflichtig werden und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, können ihren Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Das Kündigungsrecht gilt auch für Familienangehörige, wenn für sie eine Familienversicherung nach § 21 eintritt.

VIERTES KAPITEL

Leistungen der Pflegeversicherung

Erster Abschnitt

Übersicht über die Leistungen

§ 24

Leistungsarten, Grundsätze

(1) Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:

1. Pflegesachleistung (§ 32),
2. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 33),
3. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 34),
4. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 35),
5. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (§ 36),
6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 37),
7. Kurzzeitpflege (§ 38),
8. Vollstationäre Pflege (§ 39),
9. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 40),
10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 41).

(2) Die Pflegekassen und die Leistungserbringer haben sicherzustellen, daß die Leistungen nach Absatz 1 nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden.

(3) Die Pflege soll auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen. Um der Gefahr einer Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden.

Zweiter Abschnitt

Gemeinsame Vorschriften

§ 25

Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Pflegebedürftige nicht beanspruchen, dürfen die Pflegekassen nicht bewilligen und dürfen die Leistungserbringer nicht zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung bewirken.

(2) Leistungen dürfen nur bei Leistungserbringern in Anspruch genommen werden, mit denen die Pflegekassen oder die für sie tätigen Verbände Verträge abgeschlossen haben.

§ 26

Dynamisierung

Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Höhe der Leistungen im Rahmen des geltenden Beitragssatzes (§ 52 Abs. 1) und der sich daraus ergebenden Einnahmenentwicklung anzupassen. Dabei darf das Verhältnis zwischen den Leistungen bei häuslicher und stationärer Pflege zueinander nicht verändert werden.

§ 27

Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

(1) Die Pflegekassen prüfen im Einzelfall, welche Leistungen zur Rehabilitation geeignet und zumutbar sind, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Werden Leistungen nach diesem Buch gewährt, ist bei Nachuntersuchungen die Frage geeigneter und zumutbarer Leistungen zur Rehabilitation mit zu prüfen.

(2) Die Pflegekassen haben bei der Einleitung und Ausführung der Leistungen zur Pflege sowie bei Beratung, Auskunft und Aufklärung mit den Trägern der Rehabilitation eng zusammenzuarbeiten, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten.

(3) Wenn eine Pflegekasse feststellt, daß im Einzelfall Leistungen zur Rehabilitation angezeigt sind, hat sie dies dem zuständigen Träger der Rehabilitation unverzüglich mitzuteilen.

(4) Die Pflegekassen unterstützen die Versicherten auch bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Rehabilitation, insbesondere bei der Antragstellung.

§ 28

Vorläufige Leistungen zur Rehabilitation

(1) Die Pflegekasse kann ambulante medizinische Leistungen zur Rehabilitation ausnahmsweise vorläufig erbringen, wenn eine sofortige Leistungserbringung erforderlich ist, um eine unmittelbar drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhüten, und sonst die sofortige Einleitung der Maßnahmen gefährdet wäre.

(2) Die Pflegekasse hat zuvor den zuständigen Träger zu unterrichten und auf die Eilbedürftigkeit der Leistungsgewährung hinzuweisen; wird dieser nicht rechtzeitig tätig, erbringt die Pflegekasse die Leistungen vorläufig.

§ 29

Leistungsvoraussetzungen

(1) Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt.

(2) Anspruch auf Leistungen besteht:

1. in der Zeit vom 1. Januar 1995 bis 31. Dezember 1995, wenn der Versicherte vor der Antragstellung mindestens ein Jahr,
2. in der Zeit vom 1. Januar 1996 bis 31. Dezember 1996, wenn der Versicherte vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre,
3. in der Zeit vom 1. Januar 1997 bis 31. Dezember 1997, wenn der Versicherte vor der Antragstellung mindestens drei Jahre,
4. in der Zeit vom 1. Januar 1998 bis 31. Dezember 1998, wenn der Versicherte vor der Antragstellung mindestens vier Jahre,
5. in der Zeit ab 1. Januar 1999, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens fünf Jahre

als Mitglied versichert oder nach § 21 familienversichert war. Zeiten der Weiterversicherung nach § 22 Abs. 2 werden bei der Ermittlung der nach Satz 1 erforderlichen Vorversicherungszeit mitberücksichtigt. Als Zeiten der Weiterversicherung gelten auch Zeiten der Beitragszahlung nach § 67 Abs. 2. Für versicherte Kinder gilt die Vorversicherungszeit nach Satz 1 als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

(3) Personen, die wegen des Eintritts von Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung aus der privaten Pflegeversicherung ausscheiden, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungs-

zeit auf die Vorversicherungszeit nach Absatz 2 anzurechnen. Bei Eintritt von Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung ist die in der sozialen Pflegeversicherung zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit anzurechnen.

§ 30

Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

1. solange sich Versicherte im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden,
2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht, sowie für die Dauer einer Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme.

§ 31

Erlöschen der Leistungsansprüche

Der Anspruch auf Leistungen erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit in diesem Buch nichts Abweichendes bestimmt ist.

Dritter Abschnitt

Leistungen

Erster Titel

Leistungen bei häuslicher Pflege

§ 32

Pflegesachleistung

(1) Pflegebedürftige, die in ihrem Haushalt oder einem anderen Haushalt, in den sie aufgenommen sind, gepflegt werden, erhalten Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind.

(2) Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 12 genannten Verrichtungen.

(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfaßt je Kalendermonat:

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I bis zu 25 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 750 Deutsche Mark,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II bis zu 50 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1 500 Deutsche Mark,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III bis zu 75 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 2 100 Deutsche Mark.

§ 33

Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

(1) Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, daß der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat:

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 400 Deutsche Mark,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 800 Deutsche Mark,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 1 200 Deutsche Mark.

(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen.

(3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, sind verpflichtet,

- a) bei Pflegestufe I einmal vierteljährlich,
- b) bei Pflegestufe II einmal monatlich,
- c) bei Pflegestufe III einmal wöchentlich

einen Pflegeeinsatz durch eine Pflegeeinrichtung, mit der die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, abzurufen. Die Kosten des Pflegeeinsatzes werden dem Pflegebedürftigen von der Pflegekasse auf Nachweis unter Anrechnung auf das Pflegegeld erstattet.

§ 34

Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)

Nimmt der Pflegebedürftige die ihm nach § 32 Abs. 3 zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 33. Das Pflegegeld wird um den

Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat.

§ 35

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten für eine Ersatzpflegekraft für längstens vier Wochen je Kalenderjahr. Voraussetzung ist, daß die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall 2 100 Deutsche Mark im Kalenderjahr nicht überschreiten.

§ 36

Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes.

(2) Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 60 Deutsche Mark nicht übersteigen.

(3) Die Pflegekassen sollen technische Hilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, daß die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Hilfsmittel mit Ausnahme der Hilfsmittel nach Absatz 2 eine Zuzahlung von 10 vom Hundert, höchstens jedoch 50 Deutsche Mark je Hilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten. Leihen Versicherte die leihweise Überlassung eines Hilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Hilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen.

(4) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine

möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Höhe der Zuschüsse ist unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit von dem Einkommen des Pflegebedürftigen zu bemessen. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 5 000 Deutsche Mark je Maßnahme nicht übersteigen.

(5) Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie und Senioren und dem Bundesministerium für Gesundheit und mit Zustimmung des Bundesrates die im Rahmen der Pflegeversicherung zu gewährenden Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen zu bestimmen.

Zweiter Titel

Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

§ 37

Tagespflege und Nachtpflege

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Die teilstationäre Pflege umfaßt auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.

(2) Die Pflegekasse übernimmt die Aufwendungen der teilstationären Pflege:

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I im Wert bis zu 750 Deutsche Mark,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II im Wert bis zu 1.500 Deutsche Mark,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III im Wert bis zu 2 100 Deutsche Mark

je Kalendermonat.

(3) Pflegebedürftige erhalten zusätzlich zu den Leistungen nach Absatz 2 ein anteiliges Pflegegeld, wenn der für die jeweilige Pflegestufe vorgesehene Höchstwert der Sachleistung nicht voll ausgeschöpft wird. § 34 Satz 2 gilt entsprechend. Sachleistungen nach § 32 können neben den Leistungen nach Absatz 2 in Anspruch genommen werden, die Aufwendungen dürfen jedoch insgesamt je Kalendermonat den in § 32 Abs. 3 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Gesamtwert nicht übersteigen.

§ 38

Kurzzeitpflege

(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im Anschluß an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Voraussetzung ist in den Fällen des Satzes 1 Nr. 2, daß die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vorher mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen der Pflegekasse für die Kurzzeitpflege dürfen 2 100 Deutsche Mark im Kalenderjahr nicht übersteigen.

Dritter Titel

Vollstationäre Pflege

§ 39

Inhalt der Leistung

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

(2) Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen bis zu 2 100 Deutsche Mark monatlich. *) Pflegebedingt sind die Aufwendungen für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung (allgemeine Pflegeleistungen). Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung und für Zusatzleistungen nach § 97 haben die Pflegebedürftigen zu tragen.

(3) Wählen Pflegebedürftige vollstationäre Pflege, obwohl diese nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuß in Höhe von 80 vom Hundert des in § 32 Abs. 3 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Gesamtwertes.

Vierter Abschnitt

Leistungen für Pflegepersonen

§ 40

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(1) Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen werden in den einzelnen Sozialversicherungszweigen folgende Regelungen getroffen:

1. In der gesetzlichen Rentenversicherung wird vorgesehen, daß die soziale Pflegeversicherung oder das private Krankenversicherungsunternehmen, bei dem eine soziale Pflegeversicherung abge-

*) Es handelt sich bei diesem Betrag um den Basiswert 1991, der zum Zeitpunkt der Einführung der Leistungen bei stationärer Pflege durch Gesetz angepaßt wird.

geschlossen worden ist, Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung für die Pflegepersonen entrichtet, die keine oder nur eine halbtägige Erwerbstätigkeit ausüben. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit. Näheres regeln die §§ 3, 141, 166 und 170 des Sechsten Buches.

2. In der gesetzlichen Unfallversicherung werden die Pflegepersonen während der pflegerischen Tätigkeit nach Maßgabe der §§ 539, 541, 637, 657 und 770 der Reichsversicherungsordnung in den Versicherungsschutz einbezogen.
3. In der Arbeitslosenversicherung werden Hilfen vorgesehen, die die Rückkehr in das Erwerbsleben nach Beendigung der häuslichen Pflege erleichtern (§§ 44 und 46 des Arbeitsförderungsgesetzes).

(2) Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben die in der Renten- und Unfallversicherung zu versichernde Pflegeperson den zuständigen Renten- und Unfallversicherungsträgern zu melden. Die Meldung für die Pflegeperson enthält:

1. ihre Versicherungsnummer, soweit bekannt,
2. ihren Familien- und Vornamen,
3. ihr Geburtsdatum,
4. ihre Staatsangehörigkeit,
5. ihre Anschrift,
6. Beginn und Ende der Pflegetätigkeit und
7. die Pflegestufe des Pflegebedürftigen.

Die Spitzenverbände der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen können mit dem Verband der Rentenversicherer und mit den Trägern der Unfallversicherung Näheres über das Meldeverfahren vereinbaren.

§ 41

Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

(1) Die Pflegekassen sollen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse anbieten, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung kann auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden.

(2) Die Pflegekasse kann die Kurse entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen.

(3) Über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse können die

Landesverbände der Pflegekassen und die Verbände der Ersatzkassen, soweit sie Aufgaben der Pflegeversicherung auf Landesebene wahrnehmen, Rahmenvereinbarungen mit den Trägern der Einrichtungen schließen, die die Pflegekurse durchführen.

FÜNFTES KAPITEL

Organisation

Erster Abschnitt

Träger der Pflegeversicherung

§ 42

Pflegekassen

(1) Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. Bei jeder Krankenkasse (§ 4 Abs. 2 des Fünftens Buches) wird eine Pflegekasse errichtet. Bei der Seekasse wird die Pflegeversicherung in einer besonderen Abteilung unter dem Namen See-Pflegekasse durchgeführt. Über die Einnahmen und Ausgaben der See-Pflegekasse ist eine gesonderte Rechnung zu führen. Ihre Mittel sind getrennt zu verwalten. Die Bundesknappschaft führt die Pflegeversicherung für die knappschaftlich Versicherten durch.

(2) Die Pflegekassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Organe der Pflegekassen sind die Organe der Krankenkassen, bei denen sie errichtet sind. Arbeitgeber (Dienstherr) der für die Pflegekasse tätigen Beschäftigten ist die Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist.

(3) Die Verwaltungskosten einschließlich der Personalkosten, die den Krankenkassen aufgrund dieses Buches entstehen, werden von den Pflegekassen in Höhe von 4 vom Hundert der Leistungsaufwendungen erstattet. Außerdem übernehmen die Pflegekassen 50 vom Hundert der Kosten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Personelle Verwaltungskosten, die einer Betriebskrankenkasse von der Pflegekasse erstattet werden, sind an den Arbeitgeber weiterzuleiten, wenn er die Personalkosten der Betriebskrankenkasse nach § 147 Abs. 2 des Fünftens Buches trägt. Der Verwaltungsaufwand in der sozialen Pflegeversicherung ist nach Ablauf von drei Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu überprüfen.

(4) Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres über die Erstattung der Verwaltungskosten zu regeln sowie die Höhe der Verwaltungskosten erstattung neu festzusetzen, wenn die Überprüfung des Verwaltungsaufwandes nach Absatz 3 Satz 4 dies rechtfertigt.

(5) Bei Vereinigung, Auflösung und Schließung einer Krankenkasse gelten die §§ 143 bis 172 des Fünftens Buches für die bei ihr errichtete Pflegekasse entsprechend.

(6) Die Aufsicht über die Pflegekassen führen die für die Aufsicht über die Krankenkassen zuständigen Stellen. Das Bundesversicherungsamt und die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder haben mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der ihrer Aufsicht unterstehenden Pflegekassen zu prüfen. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Prüfung der bundesunmittelbaren Pflegekassen, die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können die Prüfung der landesunmittelbaren Pflegekassen auf eine öffentlich-rechtliche Prüfungseinrichtung übertragen, die bei der Durchführung der Prüfung unabhängig ist. Die Prüfung hat sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb zu erstrecken; sie umfaßt die Prüfung seiner Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Pflegekassen haben auf Verlangen alle Unterlagen vorzulegen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur Durchführung der Prüfung erforderlich sind.

§ 43

Satzung

(1) Die Satzung muß Bestimmungen enthalten über:

1. Name und Sitz der Pflegekasse,
2. Bezirk der Pflegekasse und Kreis der Mitglieder,
3. Fälligkeit und Zahlung der Beiträge,
4. Rechte und Pflichten der Organe,
5. Art der Beschlußfassung der Vertreterversammlung,
6. Bemessung der Entschädigungen für Organmitglieder, soweit sie Aufgaben der Pflegeversicherung wahrnehmen,
7. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung,
8. Zusammensetzung und Sitz der Widerspruchsstelle und
9. Art der Bekanntmachungen.

(2) Die Satzung und ihre Änderungen bedürfen der Genehmigung der Behörde, die für die Genehmigung der Satzung der Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist, zuständig ist.

Zweiter Abschnitt

Zuständigkeit, Mitgliedschaft

§ 44

Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse

Für die Durchführung der Pflegeversicherung ist jeweils die Pflegekasse zuständig, die bei der Krankenkasse errichtet ist, bei der eine Pflichtmitgliedschaft oder freiwillige Mitgliedschaft besteht. Für

Familienversicherte nach § 21 ist die Pflegekasse des Mitglieds zuständig.

§ 45

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft bei einer Pflegekasse beginnt mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen des § 18 vorliegen, sofern keine Versicherungsfreiheit in der sozialen Pflegeversicherung besteht. Sie endet mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen des § 18 entfallen sind oder die Pflicht zum Abschluß einer privaten Pflegeversicherung entsteht.

Dritter Abschnitt

Meldungen

§ 46

Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung

(1) Alle nach § 18 versicherungspflichtigen Mitglieder haben sich selbst unverzüglich bei der für sie zuständigen Pflegekasse anzumelden. Dies gilt nicht, wenn ein Dritter bereits eine Meldung nach den §§ 28a bis 28c des Vierten Buches, §§ 199 bis 205 des Fünften Buches und § 161 des Arbeitsförderungs-gesetzes zur gesetzlichen Krankenversicherung abzugeben hat; die Meldung zur gesetzlichen Krankenversicherung schließt die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung ein. Bei freiwillig versicherten Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung gilt die Beitrittserklärung zur gesetzlichen Krankenversicherung als Meldung zur sozialen Pflegeversicherung.

(2) Personen, die versichert sind oder als Versicherte in Betracht kommen, haben der Pflegekasse, soweit sie nicht nach § 28o des Vierten Buches auskunftspflichtig sind,

1. auf Verlangen über alle für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht und für die Durchführung der der Pflegekasse übertragenen Aufgaben erforderlichen Tatsachen unverzüglich Auskunft zu erteilen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht erheblich sind und nicht durch Dritte gemeldet werden, unverzüglich mitzuteilen.

Sie haben auf Verlangen die Unterlagen, aus denen die Tatsachen oder die Änderung der Verhältnisse hervorgehen, der Pflegekasse in deren Geschäftsräumen unverzüglich vorzulegen.

(3) Entstehen der Pflegekasse durch eine Verletzung der Pflichten nach Absatz 2 zusätzliche Aufwendungen, kann sie von dem Verpflichteten die Erstattung verlangen.

(4) Die Krankenkassen übermitteln den Pflegekassen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlichen Daten.

§ 47

Meldungen bei Mitgliedern der privaten Pflegeversicherung

Das private Krankenversicherungsunternehmen hat Personen, die bei ihm gegen Krankheit versichert sind und trotz Aufforderung innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes, bei Neuabschlüssen von Krankenversicherungsverträgen innerhalb von drei Monaten nach Abschluß des Vertrages, keinen privaten Pflegeversicherungsvertrag abgeschlossen haben, unverzüglich dem Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen zu melden. Der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen hat die nach Satz 1 ermittelten Versicherungsnehmer unverzüglich dem Bundesversicherungsamt zu melden. Das Bundesversicherungsamt kann mit dem Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen Näheres über das Meldeverfahren vereinbaren.

§ 48

— unbesetzt —

Vierter Abschnitt

Wahrnehmung der Verbandsaufgaben

§ 49

Aufgaben auf Landesebene

(1) Die Landesverbände der Ortskrankenkassen, der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen, die Bundesknappschaft, die nach § 36 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte als Landesverband tätigen landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen nehmen die Aufgaben der Landesverbände der Pflegekassen wahr.

(2) Für die Aufgaben der Landesverbände nach Absatz 1 gilt § 211 des Fünften Buches entsprechend.

(3) Für die Aufsicht über die Landesverbände im Bereich der Aufgaben nach Absatz 1 gilt § 208 des Fünften Buches entsprechend.

§ 50

Aufgaben auf Bundesebene

(1) Die Bundesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen nehmen die Aufgaben der Bundesverbände der Pflegekassen wahr. Für die Aufgaben der Bundesverbände gilt § 217 des Fünften Buches entsprechend.

(2) Für die Aufsicht gilt § 214 des Fünften Buches entsprechend mit der Maßgabe, daß die Aufsicht vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam ausgeübt wird, soweit es sich um Aufgaben der Pflegeversicherung handelt.

(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen nehmen die Aufgaben der Spitzenverbände der Pflegekassen wahr. Für die Wahrnehmung der Aufgaben der Spitzenverbände gilt § 213 Abs. 2 des Fünften Buches entsprechend; kommen die erforderlichen Beschlüsse nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam gesetzten Frist zustande, entscheidet das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

SECHSTES KAPITEL

Finanzierung

Erster Abschnitt

Beiträge

Erster Titel

Allgemeines

§ 51

Grundsatz

(1) Die Mittel für die Pflegeversicherung werden durch Beiträge, einen Bundeszuschuß sowie sonstige Einnahmen gedeckt.

(2) Die Beiträge werden nach einem Vomhundertsatz (Beitragssatz) von den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bis zur Beitragsbemessungsgrenze (§ 52) erhoben. Die Beiträge sind für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt. Für die Berechnung der Beiträge ist die Woche zu sieben, der Monat zu 30 und das Jahr zu 360 Tagen anzusetzen.

§ 52

Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Der Beitragssatz beträgt in der Zeit vom 1. Januar 1994 bis zum 31. Dezember 1995 bundeseinheitlich 1 vom Hundert, in der Zeit ab 1. Januar 1996 bundeseinheitlich 1,7 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt.

(2) Die Beitragsbemessungsgrenze beträgt 75 vom Hundert der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten.

§ 53

Mindestbeitrag

Der Beitragsberechnung ist für den Kalendertag der 180. Teil der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zugrunde zu legen, wenn die tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds diesen Betrag nicht übersteigen.

§ 54

Beitragsfreiheit

(1) Familienangehörige sind für die Dauer der Familienversicherung nach § 21 beitragsfrei.

(2) Beitragsfreiheit besteht vom Zeitpunkt der Rentenantragstellung bis zum Beginn der Rente oder einer Geldleistung aus der Altershilfe für Landwirte für:

1. den hinterbliebenen Ehegatten eines Rentners, der bereits Rente bezogen hat, wenn Hinterbliebenenrente beantragt wird,
2. die Waise eines Rentners, der bereits Rente bezogen hat, vor Vollendung des 18. Lebensjahres; dies gilt auch für Waisen, deren verstorbener Elternteil Altersgeld, vorzeitiges Altersgeld oder Hinterbliebenengeld bezogen hat,
3. den hinterbliebenen Ehegatten eines Bezieher von Altersgeld oder vorzeitigem Altersgeld, wenn die Ehe vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen geschlossen wurde,
4. den hinterbliebenen Ehegatten eines Bezieher von Landabgaberente.

Satz 1 gilt nicht, wenn der Rentenantragsteller eine eigene Rente, Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge erhält.

(3) Beitragsfrei sind Mitglieder für die Dauer des Bezuges von Mutterschafts- oder Erziehungsgeld. Die Beitragsfreiheit erstreckt sich nur auf die in Satz 1 genannten Leistungen.

(4) Beitragsfrei sind Mitglieder, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits Leistungen nach § 35 Abs. 6 des Bundesversorgungsgesetzes, nach § 34 des Beamtenversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen erhalten, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, wenn sie keine Familienangehörigen haben, für die eine Versicherung nach § 21 besteht.

Zweiter Titel

Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder

§ 55

Beitragspflichtige Einnahmen Beschäftigter und ähnlicher Personengruppen

(1) Beitragspflichtige Einnahmen sind:

1. bei Personen, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, das Arbeitsentgelt, sofern es sich nicht um eine geringfügige Beschäftigung im Sinne des § 8 des Vierten Buches handelt,
2. bei Abgeordneten die Entschädigung einschließlich einer etwaigen Amtszulage,
3. bei Beamten, Richtern, Soldaten auf Zeit sowie Berufssoldaten und Amtsträgern die Dienstbezüge, Amtsbezüge oder Anwärterbezüge einschließlich

Mehrarbeits- oder Erschwerniszulagen, bei sonstigen Beschäftigten im Sinne von § 18 Abs. 1 Nr. 4 Vergütungen oder Dienstbezüge einschließlich Mehrarbeits- oder Erschwerniszulagen,

4. bei Geistlichen der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften die Dienstbezüge,
5. bei satzungsmäßigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlichen Personen, wenn sie sich aus überwiegend religiösen oder sittlichen Beweggründen mit Krankenpflege, Unterricht oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen, der Wert für gewährte Sachbezüge oder das ihnen zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung und dergleichen gezahlte Entgelt.

(2) Der Beitragsbemessung werden neben den in Absatz 1 genannten Einnahmen zugrundegelegt:

1. der Zahlbetrag einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung sowie der Rentenleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen. § 228 des Fünften Buches gilt entsprechend. Zu den Rentenleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz zählen bei Beschädigten die Ausgleichsrente, der Ehegattenzuschlag und der Berufsschadensausgleich, bei Hinterbliebenen alle Rentenleistungen. Bei der Verletztenrente wird der Rentenzahlbetrag nur insoweit berücksichtigt, als er den Betrag übersteigt, der bei gleichem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit als Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz gezahlt würde; bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 20 vom Hundert ist ein Betrag in Höhe von zwei Dritteln, bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 10 vom Hundert ist ein Betrag in Höhe von einem Drittel der Mindestgrundrente anzusetzen,
2. der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge (§ 229 des Fünften Buches),
3. das Arbeitseinkommen.

(3) Beitragspflichtige Einnahmen sind auch einmalig gezahltes Arbeitsentgelt und einmalig gezahlte Dienst- und Amtsbezüge. § 227 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(4) Für die beitragspflichtigen Einnahmen unständig Beschäftigter sowie von beschäftigten Seeleuten gelten die §§ 232 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 und 233 Abs. 1 und 2 des Fünften Buches entsprechend.

§ 56

Beitragspflichtige Einnahmen selbständig Tätiger

(1) Bei selbständig Tätigen wird als beitragspflichtige Einnahmen das Arbeitseinkommen zugrundegelegt, mindestens der 40. Teil der monatlichen Bezugsgröße. Veränderungen der Beitragsbemessung auf Grund eines vom Versicherten geführten Nachweises

können nur zum Ersten des auf die Vorlage dieses Nachweises folgenden Monats wirksam werden.

(2) Für die Beitragsbemessung der nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen selbständigen Künstler und Publizisten gilt § 234 Abs. 1 des Fünften Buches entsprechend.

(3) Der Beitragsbemessung werden neben den Einnahmen nach Absatz 1 und 2 die in § 55 Abs. 2 Nr. 1 und 2 und § 66 Abs. 3 genannten Einnahmen sowie Arbeitsentgelt zugrundegelegt.

(4) Erhält die Pflegekasse keine Angaben über die Höhe der Einnahmen des Mitglieds, können der Beitragsberechnung Einnahmen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze zugrundegelegt werden.

§ 57

Beitragsbemessung bei landwirtschaftlichen Unternehmern und mitarbeitenden Familienangehörigen

(1) Bei landwirtschaftlichen Unternehmern sowie bei mitarbeitenden Familienangehörigen wird auf den Krankenversicherungsbeitrag, der nach den Vorschriften des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte aus dem Arbeitseinkommen aus Land- und Forstwirtschaft zu zahlen ist, ein Zuschlag erhoben. Die Höhe des Zuschlages ergibt sich aus dem Verhältnis des Beitragssatzes nach § 52 Abs. 1 zu dem nach § 247 des Fünften Buches festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung stellt die Höhe des Zuschlages zum 1. Januar jeden Jahres fest. Er gilt vom 1. Juli des laufenden Jahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres.

(2) § 56 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 58

Beitragsbemessung bei Wehr- und Zivildienstleistenden

(1) Bei Einberufung zu einem Wehrdienst von länger als drei Tagen bemißt sich der Beitrag nach dem Beitrag, der vor der Einberufung zuletzt zu entrichten war. Er ermäßigt sich für:

1. Personen, denen nach § 1 Abs. 2 des Arbeitsplatzschutzgesetzes Entgelt weiterzugewähren ist, auf ein Drittel,
2. Personen, die nicht unter Nummer 1 fallen, auf ein Zehntel.

Dies gilt nicht für Beiträge, die aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus Rentenleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz und den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, sowie aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen bemessen sind.

(2) Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen, dem Bundesministerium der Verteidigung und dem Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für die Beitragszahlung nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 eine pauschale Beitragsberechnung vorschreiben und die Zahlungsweise regeln.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Zivildienstleistende entsprechend. Bei einer Rechtsverordnung nach Absatz 2 tritt an die Stelle des Bundesministeriums der Verteidigung das Bundesministerium für Frauen und Jugend.

§ 59

Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Mitglieder

(1) Beitragspflichtige Einnahmen sind:

1. bei Personen, die Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Eingliederungsgeld, Eingliederungshilfe für Spätaussiedler, Unterhaltsgeld oder Altersübergangsgeld nach dem Arbeitsförderungsgesetz beziehen, das Arbeitsentgelt, ab 1. Januar 1995 80 vom Hundert des Arbeitsentgeltes, das der Bemessung der Leistung zugrunde liegt. § 157 Abs. 3 des Arbeitsförderungsgesetzes gilt entsprechend. Bei Beziehen von Kurzarbeiter- oder Schlechtwettergeld gilt § 163 Abs. 1 und 3 des Arbeitsförderungsgesetzes entsprechend,
2. bei Beziehen von Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld und Versorgungskrankengeld das der Bemessung der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt,
3. bei Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, bei Teilnehmern an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung, bei Behinderten, die in Werkstätten für Behinderte, Blindenwerkstätten, in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen tätig sind, die Einnahmen, die auch der Bemessung des Krankenversicherungsbeitrages nach § 235 des Fünften Buches zugrundegelegt werden; § 226 Abs. 2 des Fünften Buches gilt nicht,
4. bei Studenten an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen, Schülern an Fachschulen oder Berufsfachschulen sowie bei Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit verrichten und bei Personen, die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt beschäftigt werden, der Betrag, der nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz als monatlicher Bedarf für Studenten festgesetzt ist, die nicht bei ihren Eltern wohnen,
5. bei Beziehen von Vorruhestandsgeld oder Beziehen einer Produktionsaufgaberente oder von Ausgleichsgeld nach dem Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit, bei Beziehen von Leistungen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes sowie bei Beziehen einer Übergangsversorgung nach § 7 des Tarifvertrages

über einen sozialverträglichen Personalabbau im Bereich des Bundesministers der Verteidigung vom 30. November 1991 der Zahlbetrag der Leistung,

6. bei Beziehern einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung sowie bei Personen, die Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 des Fünften Buches beziehen, der Zahlbetrag der Leistung; § 228 des Fünften Buches gilt entsprechend. Bei Beziehern einer Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder von Rentenleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, gilt § 55 Abs. 2 Nr. 1 Satz 3 und 4,
7. bei Beziehern von Kriegsschadenrente oder vergleichbaren Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder nach dem Flüchtlingshilfegesetz der Zahlbetrag der Leistung.

Der Beitragsbemessung werden neben den in Absatz 1 aufgeführten Einnahmen die in § 55 Abs. 2 genannten Einnahmen zugrunde gelegt.

(2) Bei pflichtversicherten Mitgliedern, die nicht in Absatz 1 Nr. 1 bis 7 und in den §§ 56 bis 58 aufgeführt sind, bemißt sich der Beitrag nach den Einnahmen zum Lebensunterhalt des Mitglieds. § 56 Abs. 4 gilt entsprechend.

§ 60

Rangfolge der Einnahmearten bei mehreren beitragspflichtigen Einnahmen

(1) Erreicht das Arbeitsentgelt von Mitgliedern, die mehrere beitragspflichtige Einnahmen gleichzeitig erzielen, nicht die Beitragsbemessungsgrenze, werden nacheinander die Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze zugrundegelegt. Arbeitseinkommen, das aus der Tätigkeit als Künstler und Publizist erzielt wird, ist vor dem Arbeitseinkommen aus sonstiger selbständiger Tätigkeit zu berücksichtigen. Der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Unfallversicherung oder der beitragspflichtigen Rentenleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, werden getrennt von den übrigen Einnahmearten bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

(2) Erreicht bei Rentenbeziehern der Zahlbetrag der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Unfallversicherung oder der beitragspflichtigen Rentenleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, nicht die Beitragsbemessungsgrenze, werden nacheinander der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt.

(3) Dem Mitglied werden die von ihm getragenen Beiträge auf Antrag durch die zuständige Pflegekasse erstattet, soweit sie auf Beträge entfallen, um die die der Beitragsbemessung zugrunde gelegten Einnahmen des Mitglieds die Beitragsbemessungsgrenze überschritten haben.

§ 61

Beitragsbemessung bei Weiterversicherung

(1) Bei Mitgliedern, die nach § 22 Abs. 1 weiterversichert sind, bemißt sich der Beitrag nach den Einnahmen zum Lebensunterhalt des Mitglieds; es werden jedoch für den Kalendertag mindestens der 90. Teil der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches der Beitragsbemessung zugrunde gelegt. § 56 Abs. 4 gilt entsprechend.

(2) Mitglieder, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in das Ausland verlegen und die von dem Recht der Weiterversicherung nach § 22 Abs. 2 Gebrauch machen, zahlen den Mindestbeitrag nach § 53.

Dritter Titel

Beitragstragung

§ 62

Beitragstragung durch das Mitglied und Dritte je zur Hälfte

(1) Die gegen Arbeitsentgelt oder zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigten tragen die aus dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge mit ihren Arbeitgebern je zur Hälfte. Abweichend von Satz 1 trägt der Arbeitgeber den Beitrag allein:

1. bei Personen, die ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres leisten, oder
2. bei Personen, die nicht geringfügig im Sinne des § 8 des Vierten Buches beschäftigt sind, wenn das monatliche Arbeitsentgelt ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nicht übersteigt; solange ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße den Betrag von 610 Deutsche Mark unterschreitet, ist dieser Betrag maßgebend,
3. bei Personen, die Kurzarbeiter- oder Schlechtwettergeld beziehen, für den aus dem Arbeitsentgelt im Sinne des § 163 Abs. 1 des Arbeitsförderungsgesetzes zu bemessenden Beitrag.

§ 249 Abs. 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(2) Abgeordnete, Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit, Berufssoldaten, Personen, die in einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis stehen, sonstige Beschäftigte im Sinne des § 18 Abs. 1 Nr. 4 sowie Geistliche der als öffentlich-rechtliche Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften tragen die aus den Dienst- und Amtsbezügen zu bemessenden Beiträge mit ihren Dienstherrn je zur Hälfte.

(3) Bezieher von Versorgungsbezügen oder vergleichbaren Versorgungseinkünften, die auf einer Zugehörigkeit zu einem der in § 18 Abs. 1 Nr. 4 bis 7 genannten Personenkreise beruhen, tragen die aus den Versorgungsleistungen zu bemessenden Beiträge je zur Hälfte mit den zur Zahlung der Leistungen Verpflichteten.

(4) Bezieher von Vorruhestandsgeld tragen die aus dem Vorruhestandsgeld zu bemessenden Beiträge je zur Hälfte mit den zur Zahlung der Leistung Verpflichteten. Bezieher von Leistungen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes tragen die aus der Leistung zu bemessenden Beiträge je zur Hälfte mit den nach § 9 Abs. 3 des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes zuständigen Versorgungsträgern. Entsprechendes gilt für Bezieher einer Übergangsversorgung nach § 7 des Tarifvertrages über einen sozialverträglichen Personalabbau im Bereich des Bundesministers der Verteidigung vom 30. November 1991.

(5) Personen, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Unfallversicherung beziehen, tragen die aus diesen Einnahmen zu bemessenden Beiträge je zur Hälfte mit den Leistungsträgern.

§ 63

Beitragstragung allein durch Dritte

(1) Die Künstlersozialkasse trägt für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Mitglieder die Beiträge in dem sich aus § 56 Abs. 2 ergebenden Umfang.

(2) Bei mitarbeitenden Familienangehörigen eines landwirtschaftlichen Unternehmers, die nach den Vorschriften des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert sind, trägt der landwirtschaftliche Unternehmer die sich aus § 57 ergebenden Beiträge.

(3) Für Bezieher von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Eingliederungsgeld, Eingliederungshilfe für Spätaussiedler, Unterhaltsgeld oder Altersübergangsgeld trägt die Bundesanstalt für Arbeit die aufgrund des Leistungsbezuges zu entrichtenden Beiträge. Die §§ 157 Abs. 4 und 160 des Arbeitsförderungsgesetzes gelten entsprechend.

(4) Bei Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz oder nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (Achtes Buch), Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, beziehen, trägt der jeweilige Leistungsträger die aus den genannten Sozialleistungen zu entrichtenden Beiträge.

(5) Bei Personen, die aufgrund gesetzlicher Pflicht mehr als drei Tage Wehrdienst oder Zivildienst lei-

sten, werden die Beiträge nach § 58 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 vom Bund getragen.

(6) Bei Beziehern einer Rente nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, trägt der Leistungsträger die aufgrund des Leistungsbezuges zu entrichtenden Beiträge.

(7) Bei Teilnehmern an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation, an Berufsfindung und Arbeitserschließung sowie bei Personen, die Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld oder Versorgungskrankengeld beziehen, trägt der Leistungsträger die aufgrund des Leistungsbezuges zu entrichtenden Beiträge.

(8) Der Träger der Einrichtung trägt den Beitrag aus dem Arbeitsentgelt allein:

1. für die nach § 18 Abs. 1 Nr. 12 versicherten Jugendlichen und Behinderten, die für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
2. für die nach § 18 Abs. 1 Nr. 13 versicherten Behinderten, wenn das tatsächliche Arbeitsentgelt 20 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nicht übersteigt; § 251 Abs. 2 Satz 2 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(9) Bei den in § 55 Abs. 1 Nr. 5 genannten satzungsmäßigen Mitgliedern geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlichen Personen trägt die Gemeinschaft die nach § 55 Abs. 1 Nr. 5 bemessenen Beiträge allein.

§ 64

Beitragstragung allein durch das Mitglied

Beiträge aus Einnahmen, die in den §§ 62 und 63 nicht aufgeführt sind, werden von dem pflichtversicherten Mitglied allein getragen. Mitglieder, die nach § 22 weiterversichert sind, tragen den Beitrag allein.

Vierter Titel

Beitragszahlung

§ 65

Grundsatz

Soweit nachfolgend nichts Abweichendes bestimmt ist, sind Beiträge von demjenigen, der sie zu tragen hat, unmittelbar an die zuständige Pflegekasse zu zahlen.

§ 66

Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt

(1) Für die Zahlung der Beiträge aus Arbeitsentgelt sowie der nicht nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge für versicherungspflichtige mitarbeitende Familienangehörige eines landwirtschaftlichen

Unternehmers gelten die §§ 28d bis 28n und 28r des Vierten Buches über den Gesamtsozialversicherungsbeitrag entsprechend.

(2) Für die Zahlung der Beiträge aus Vorruhestandsgeld und aus den in § 62 Abs. 4 Satz 2 und 3 genannten sonstigen Leistungen gilt als Arbeitgeber der zur Zahlung der Leistungen Verpflichtete; Absatz 1 gilt entsprechend.

(3) Die aus Dienst- oder Amtsbezügen und aus Entschädigungen sowie aus den in § 62 Abs. 3 genannten Versorgungsbezügen und Versorgungseinkünften zu zahlenden Beiträge sind von den Dienstherrn, den Religionsgesellschaften sowie den zur Zahlung der in § 62 Abs. 3 genannten Leistungen Verpflichteten an die zuständige Pflegekasse zu zahlen. Für den Beitragsabzug des von dem Mitglied zu tragenden Beitragsanteils gilt § 28g des Vierten Buches entsprechend.

§ 67

Beitragszahlung aus sonstigen Einnahmen

(1) Beiträge, die Mitglieder aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung und Unfallversicherung zu tragen haben, sind von den Trägern der Rentenversicherung und der Unfallversicherung bei der Zahlung der Renten einzubehalten und zusammen mit den von ihnen zu tragenden Beiträgen an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte für die Pflegekassen zu zahlen. Ist bei der Zahlung der Rente die Einbehaltung von Beiträgen nach Satz 1 unterblieben, sind die rückständigen Beiträge durch den Träger der Rentenversicherung oder Unfallversicherung aus der weiterhin zu zahlenden Rente einzubehalten; § 51 Abs. 2 des Ersten Buches gilt entsprechend. Wird die Rente nicht mehr gezahlt, obliegt der Einzug von rückständigen Beiträgen der Krankenkasse, bei der die zuständige Pflegekasse errichtet ist. Die Träger der Rentenversicherung und Unfallversicherung haften mit dem von ihnen zu tragenden Anteil an den Beiträgen für die Pflegeversicherung.

(2) Die auf die beitragspflichtigen Rentenleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, entfallenden Beiträge werden auf der Grundlage der Haushaltsansätze für das laufende Jahr jeweils insgesamt ermittelt und zu einem Viertel zu Beginn eines jeden Quartals an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte für die Pflegekassen gezahlt. Die Beiträge, die auf der Grundlage der Ansätze des Bundeshaushaltes ermittelt werden, werden vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung gezahlt. Mit der Zahlung für das dritte Quartal erfolgt eine Korrektur und Verrechnung auf der Grundlage der tatsächlichen beitragspflichtigen Rentenleistungen des Vorjahres.

(3) Die Länder zahlen die auf der Grundlage ihrer jeweiligen Haushaltsansätze ermittelten Beitragsanteile, die auf die beitragspflichtigen Rentenleistungen nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, entfallen, ebenfalls an die Bundesversicherungsanstalt

für Angestellte für die Pflegekassen. Absatz 2 gilt im übrigen entsprechend.

(4) Für die Beitragszahlung der Studenten gilt § 254 des Fünften Buches entsprechend.

(5) Für die Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen sowie aus der Produktionsaufgaberente und dem Ausgleichsgeld nach dem Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Tätigkeit gilt § 256 des Fünften Buches entsprechend.

(6) Die zur Beitragszahlung verpflichteten Sozialleistungsträger und die Zahlstellen der Versorgungsbezüge können mit den Pflegekassen Näheres über die Zahlung und Abrechnung der Beiträge vereinbaren.

Zweiter Abschnitt

Beitragszuschüsse für Privatversicherte

§ 68

Beitragszuschüsse für Privatversicherte

(1) Beschäftigte, die nach § 20 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 21 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuß. Der Zuschuß ist in der Höhe begrenzt auf den Betrag, der als Arbeitgeberanteil bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung als hälftiger Beitragsanteil zu zahlen wäre, höchstens jedoch auf die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine private Pflegeversicherung zu zahlen hat. Bestehen innerhalb desselben Zeitraumes mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.

(2) Bezieher von Vorruhestandsgeld, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den Beitragszuschuß nach Absatz 1 hatten, sowie Bezieher der sonstigen in § 62 Abs. 4 aufgeführten Leistungen erhalten für die Dauer der Leistungen den Beitragszuschuß von dem zur Zahlung der Leistungen Verpflichteten. Der Zuschuß beträgt die Hälfte des Betrages, den der Bezieher der Leistung als versicherungspflichtig Beschäftigter zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, der an das private Pflegeversicherungsunternehmen zu zahlen ist. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(3) Bezieher von Übergangsgeld, für die nach § 20 Versicherungsfreiheit in der sozialen Pflegeversicherung besteht, erhalten vom zuständigen Leistungsträger einen Zuschuß zu ihrem privaten Pflegeversicherungsbeitrag. Als Zuschuß ist der Betrag zu zahlen, der von dem Leistungsträger als Beitrag bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre, höchstens jedoch der Betrag, der an das private Versicherungsunternehmen zu zahlen ist.

(3 a) Beitragszuschüsse für weitere privat pflegeversicherte Personengruppen, wie Rentner, Studenten, Wehrpflichtige, Künstler usw. sind in § 106 a des Sechsten Buches, § 13 a des Bundesausbildungsförderungsgesetzes, § 19 a des Arbeitssicherstellungsgesetzes, § 8 a des Eignungsübungsgesetzes, § 7 des Unterhaltssicherungsgesetzes, § 53 a des Bundesversorgungsgesetzes sowie in § 10 a des Künstlersozialversicherungsgesetzes geregelt.

(4) Bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben und bei einem privaten Versicherungsunternehmen pflegeversichert sind, tritt an die Stelle des Zuschusses nach Absatz 1 die Beihilfe oder Heilfürsorge des Dienstherrn zu Aufwendungen aus Anlaß der Pflege.

(5) Der Zuschuß nach Absatz 1 bis 3 wird für eine private Pflegeversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen die Pflegeversicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in § 20 Abs. 4 und §§ 119, 120 genannten Voraussetzungen und Bedingungen betreibt.

(6) Das Krankenversicherungsunternehmen hat dem Versicherungsnehmer eine Bescheinigung darüber auszuhändigen, daß ihm die Aufsichtsbehörde bestätigt hat, daß es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Absatz 5 genannten Voraussetzungen betreibt. Der Versicherungsnehmer hat diese Bescheinigung dem zur Zahlung des Beitragszuschusses Verpflichteten vorzulegen.

Dritter Abschnitt

Bundeszuschuß

§ 69

Bundeszuschuß

Der Bund leistet zu den Ausgaben der Pflegeversicherung für die Investitionsförderung der Pflegeeinrichtungen einen Zuschuß.

Vierter Abschnitt

Verwendung und Verwaltung der Mittel

§ 70

Mittel der Pflegekasse

Die Mittel der Pflegekasse umfassen die Betriebsmittel und die Rücklage.

§ 71

Betriebsmittel

(1) Die Betriebsmittel dürfen nur verwendet werden:

1. für die gesetzlich oder durch die Satzung vorgesehenen Aufgaben sowie für die Verwaltungskosten,

2. zur Auffüllung der Rücklage und zur Finanzierung des Ausgleichsfonds.

(2) Die Betriebsmittel dürfen im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das Einfache des nach dem Haushaltsplan der Pflegekasse auf einen Monat entfallenden Betrages der in Absatz 1 Nr. 1 genannten Aufwendungen nicht übersteigen. Bei der Feststellung der vorhandenen Betriebsmittel sind die Forderungen und Verpflichtungen der Pflegekasse zu berücksichtigen, soweit sie nicht der Rücklage zuzuordnen sind. Durchlaufende Gelder bleiben außer Betracht.

(3) Die Betriebsmittel sind im erforderlichen Umfang bereitzuhalten und im übrigen so anzulegen, daß sie für den in Absatz 1 bestimmten Zweck verfügbar sind.

§ 72

Rücklage

(1) Die Pflegekasse hat zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit eine Rücklage zu bilden.

(2) Die Rücklage beträgt 50 vom Hundert des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (Rücklagesoll).

(3) Die Pflegekasse hat Mittel aus der Rücklage den Betriebsmitteln zuzuführen, wenn Einnahme- und Ausgabeschwankungen innerhalb eines Haushaltsjahres nicht durch die Betriebsmittel ausgeglichen werden können.

(4) Übersteigt die Rücklage das Rücklagesoll, so ist der übersteigende Betrag den Betriebsmitteln bis zu der in § 71 Abs. 2 genannten Höhe zuzuführen. Darüber hinaus verbleibende Überschüsse sind bis zum 15. des Monats an den Ausgleichsfonds nach § 74 zu überweisen.

(5) Die Rücklage ist getrennt von den sonstigen Mitteln so anzulegen, daß sie für den nach Absatz 1 bestimmten Zweck verfügbar ist. Sie wird von der Pflegekasse verwaltet.

§ 73

— unbesetzt —

Fünfter Abschnitt

Ausgleichsfonds, Finanzausgleich

§ 74

Ausgleichsfonds

(1) Das Bundesversicherungsamt verwaltet als Sondervermögen (Ausgleichsfonds) die eingehenden Beträge aus:

1. dem Bundeszuschuß (§ 69),
2. den Beiträgen aus den Rentenzahlungen (§ 67 Abs. 1 bis 3),

3. den von den Pflegekassen überwiesenen Überschüssen aus Betriebsmitteln und Rücklage (§ 72 Abs. 4).

(2) Die im Laufe eines Jahres entstehenden Kapitalerträge werden dem Sondervermögen gutgeschrieben.

(3) Die Mittel des Ausgleichsfonds sind so anzulegen, daß sie für den in §§ 76, 77 genannten Zweck verfügbar sind.

§ 75

Finanzausgleich

(1) Die Leistungsaufwendungen sowie die Verwaltungskosten der Pflegekassen werden von allen Pflegekassen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen. Zu diesem Zweck findet zwischen allen Pflegekassen ein Finanzausgleich statt. Das Bundesversicherungsamt führt den Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen durch. Es kann Näheres zur Durchführung des Finanzausgleichs mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen vereinbaren.

(2) Das Bundesversicherungsamt kann zur Durchführung des Zahlungsverkehrs nähere Regelungen mit der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte treffen.

§ 76

Monatlicher Ausgleich

(1) Jede Pflegekasse ermittelt bis zum 15. eines Monats das Beitragssoll der Mitglieder ohne das Beitragssoll aus den Rentenzahlungen nach § 67 Abs. 1 bis 3 sowie die tatsächlich verausgabten Leistungsaufwendungen des Vormonats.

(2) Sind die auf den jeweiligen Monat entfallenden Ausgaben der Pflegekasse höher als das Beitragssoll der Pflegekasse, so erhält die Pflegekasse den Unterschiedsbetrag aus dem Ausgleichsfonds. Die Pflegekasse hat ihrer Ausgleichsanforderung die entsprechenden Berechnungsgrundlagen beizufügen.

§ 77

Jahresausgleich

(1) Nach Ablauf des Kalenderjahres wird zwischen den Pflegekassen ein Jahresausgleich durchgeführt.

(2) Das Bundesversicherungsamt ermittelt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller Pflegekassen und der Jahresrechnung der Bundesknappschaft als Träger der knappschaftlichen

Pflegeversicherung für das jeweils abgelaufene Kalenderjahr:

1. die Summe der Beiträge zur Pflegeversicherung,
2. die Aufwendungen der Pflegeversicherung zur Finanzierung der Leistungen, der Verwaltungskosten sowie zur Auffüllung des Betriebsmittel- und Rücklagesolls,
3. für jede Pflegekasse
 - a) die Summe der von den Mitgliedern zu zahlenden Beiträge mit Ausnahme der Beiträge aus den Rentenzahlungen nach § 67 Abs. 1 bis 3,
 - b) die Leistungsaufwendungen, Verwaltungskosten und Aufwendungen zur Auffüllung des Betriebsmittel- und Rücklagesolls.

(3) Übersteigen die Ausgaben einer Pflegekasse ihre Einnahmen, hat sie unter Berücksichtigung der bereits monatlich erhaltenen Ausgleichszahlungen Anspruch auf den verbleibenden Unterschiedsbetrag. Können die geltend gemachten Ausgleichsansprüche nicht in voller Höhe gedeckt werden, werden die Ausgleichsansprüche der Pflegekassen nach dem Verhältnis ihrer Unterschiedsbeträge nach Satz 1 zueinander berücksichtigt. Die nicht gedeckten Ausgaben gelten als Ausgaben des folgenden Kalenderjahres. Die Pflegekassen können Betriebsmitteldarlehen bis zur Höhe von drei Monatsausgaben aufnehmen, wenn ihre Einnahmen einschließlich der Ausgleichsansprüche nicht ausreichen, die Ausgaben zu decken.

(4) Übersteigen die Einnahmen einer Pflegekasse ihre Ausgaben, hat sie den überschüssenden Betrag unter Berücksichtigung der monatlich bereits geleisteten Zahlungen an den Ausgleichsfonds zu überweisen.

(5) Werden nach Abschluß des Jahresausgleichs sachliche oder rechnerische Fehler in den Berechnungsgrundlagen festgestellt, hat das Bundesversicherungsamt diese bei der Ermittlung des nächsten Jahresausgleichs nach den zu diesem Zeitpunkt geltenden Vorschriften zu berücksichtigen.

(6) Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über:

1. die inhaltliche und zeitliche Abgrenzung und Ermittlung der Beträge nach §§ 75 bis 77,
2. die Fälligkeit der Beträge und Verzinsung bei Verzug,
3. das Verfahren bei der Durchführung des Finanzausgleichs sowie die hierfür von den Pflegekassen mitzuteilenden Angaben

regeln.

SIEBTES KAPITEL

Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern

Erster Abschnitt

Allgemeine Grundsätze

§ 78

Sicherstellungsauftrag

Die Pflegekassen haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag). Sie schließen hierzu Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen (§ 80) und sonstigen Leistungserbringern. Dabei sind die Vielfalt, die Unabhängigkeit und Selbständigkeit sowie das Selbstverständnis der Träger von Pflegeeinrichtungen in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten.

§ 79

Beitragssatzstabilität

(1) Die Pflegekassen stellen in den Verträgen mit den Leistungserbringern über Art, Umfang und Vergütung der Leistungen sicher, daß ihre Leistungsausgaben die Beitragseinnahmen nicht überschreiten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität).

(2) Vereinbarungen über die Höhe der Vergütungen, die dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität widersprechen, sind unwirksam.

Zweiter Abschnitt

Beziehungen zu den Pflegeeinrichtungen

§ 80

Pflegeeinrichtungen

(1) Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

(2) Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige:

1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft gepflegt werden,
2. ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können.

§ 81

Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

(1) Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 39 Abs. 2) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).

(2) Der Versorgungsvertrag wird zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung und den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land abgeschlossen, soweit nicht nach Landesrecht der örtliche Träger für die Pflegeeinrichtung zuständig ist. Er ist für die Pflegeeinrichtung und für alle Pflegekassen im Inland unmittelbar verbindlich.

(3) Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die den Anforderungen des § 80 genügen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten; ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages besteht, soweit und solange die Pflegeeinrichtung diese Voraussetzungen erfüllt. Bei ambulanten Pflegediensten ist der örtliche Einzugsbereich in den Versorgungsverträgen so festzulegen, daß lange Wege möglichst vermieden werden.

(4) Mit Abschluß des Versorgungsvertrages wird die Pflegeeinrichtung für die Dauer des Vertrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten zugelassen. Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet. Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Leistungen der Pflegeeinrichtung nach Maßgabe der Vorschriften des Zweiten Abschnitts des Achten Kapitels zu vergüten.

§ 82

Abschluß von Versorgungsverträgen

(1) Der Versorgungsvertrag ist schriftlich abzuschließen.

(2) Gegen die Ablehnung eines Versorgungsvertrages durch die Landesverbände der Pflegekassen ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

(3) Bei Pflegediensten, die vor dem 1. Januar 1994 ambulante Pflege auf Grund von Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Pflegeeinrichtung die Anforderungen nach § 81 Abs. 3 Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Pflegekassen dies im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe im Land (§ 81 Abs. 2 Satz 1) bis zum 30. Juni 1994 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen. Der Versorgungsvertrag bleibt wirk-

sam, bis er durch einen neuen Versorgungsvertrag abgelöst oder gemäß § 83 gekündigt wird.

(4) Für Pflegeheime gilt Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, daß der maßgebliche Zeitpunkt nach Satz 1 der 1. Januar 1996 und der Stichtag nach Satz 2 der 30. Juni 1996 ist.

§ 83

Kündigung von Versorgungsverträgen

(1) Der Versorgungsvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Pflegekassen jedoch nur, wenn die zugelassene Pflegeeinrichtung nicht nur vorübergehend eine der Voraussetzungen des § 81 Abs. 3 Satz 1 nicht oder nicht mehr erfüllt. Vor Kündigung durch die Landesverbände der Pflegekassen ist das Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe im Land (§ 81 Abs. 2 Satz 1) herzustellen.

(2) Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Pflegekassen auch ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn die Einrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern derart gröblich verletzt, daß ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist. Das gilt insbesondere dann, wenn Pflegebedürftige infolge der Pflichtverletzung zu Schaden kommen oder die Einrichtung nicht erbrachte Leistungen gegenüber den Kostenträgern abrechnet. Das gleiche gilt, wenn dem Träger eines Pflegeheims nach dem Heimgesetz die Betriebserlaubnis entzogen oder der Betrieb des Heims untersagt wird. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Die Kündigung bedarf der Schriftform. Für Klagen gegen die Kündigung gilt § 82 Abs. 2 entsprechend.

§ 84

Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen schließen mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Für Pflegeeinrichtungen, die einer Kirche oder Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenverträge auch von der Kirche oder Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Pflegeeinrichtung angehört. Vor Abschluß des Rahmenvertrages ist das Benehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land herzustellen. Die Rahmenverträge sind für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich.

(2) Die Verträge regeln insbesondere:

1. den Inhalt der Pflegeleistungen sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen,
2. die allgemeinen Bedingungen der Pflege einschließlich der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte,
3. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle, räumliche und sachlich-technische Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,
4. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege,
5. Abschläge von der Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit (Krankenhausaufenthalt, Beurlaubung) des Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim,
6. den Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen,
7. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschließlich der Verteilung der Prüfungskosten,
8. die Grundsätze zur Festlegung der örtlichen oder regionalen Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen, um Pflegeleistungen ohne lange Wege möglichst orts- und bürgernah anzubieten.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 über Regelungsbereiche, die die ambulante Pflege betreffen, bis zum 31. Dezember 1994 ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 85 festgesetzt. Für Verträge über Regelungsbereiche, die die stationäre Pflege betreffen, gilt Satz 1 entsprechend mit der Maßgabe, daß Stichtag der 31. Dezember 1996 ist; die Vertragsparteien können jedoch bereits ab Inkrafttreten dieses Buches Verträge zur Regelung der stationären Pflege nach Absatz 2 abschließen.

(4) Die Verträge nach Absatz 1 können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Satz 1 gilt entsprechend für die von der Schiedsstelle nach Absatz 3 getroffenen Regelungen. Diese können auch ohne Kündigung jederzeit durch einen Vertrag nach Absatz 1 ersetzt werden.

(5) Die Spitzenverbände der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sollen gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben.

§ 85

Schiedsstelle

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen im Land bilden gemeinsam für jedes Land eine Schiedsstelle. Diese entscheidet in den ihr nach diesem Buch zugewiesenen Angelegenheiten.

(2) Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Der Schiedsstelle gehört auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Pflegeversicherung sowie der überörtlichen Träger der Sozialhilfe im Land an, die auf die Zahl der Vertreter der Pflegekassen angerechnet werden. Die Vertreter der Pflegekassen und deren Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Pflegekassen, die Vertreter der Pflegeeinrichtungen und deren Stellvertreter von den Vereinigungen der Träger der Pflegedienste und Pflegeheime im Land bestellt; bei der Bestellung der Vertreter der Pflegeeinrichtungen ist die Trägervielfalt zu beachten. Der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch Los bestimmt. Soweit beteiligte Organisationen keinen Vertreter bestellen oder im Verfahren nach Satz 4 keine Kandidaten für das Amt des Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benennen, bestellt die zuständige Landesbehörde auf Antrag einer der beteiligten Organisationen die Vertreter und benennt die Kandidaten.

(3) Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde.

(5) 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.

Dritter Abschnitt

Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern

§ 86

Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

(1) Zur Gewährung häuslicher Pflege und zur hauswirtschaftlichen Versorgung können die Pflegekassen Verträge mit geeigneten einzelnen Pflegekräften schließen. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Ver-

gütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln.

(2) Die Pflegekassen können bei Bedarf einzelne Pflegekräfte zur Sicherstellung der häuslichen Pflege anstellen, für die hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen die gleichen Anforderungen wie für die zugelassenen Pflegedienste nach diesem Buch gelten.

§ 87

Verträge über Pflegehilfsmittel

(1) Die Spitzenverbände der Pflegekassen schließen mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln, soweit diese nicht nach den Vorschriften des Fünften Buches über die Hilfsmittel zu vergüten sind; dabei ist das Pflegehilfsmittelverzeichnis nach Absatz 2 zu beachten. In den Verträgen sind auch die Grundsätze und Maßstäbe sowie das Verfahren für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zu regeln.

(2) Die Spitzenverbände der Pflegekassen regeln mit Wirkung für ihre Mitglieder das Nähere zur Bemessung der Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen nach § 36 Abs. 4 Satz 2. Sie erstellen als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 des Fünften Buches ein Verzeichnis der von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfaßten Pflegehilfsmittel (Pflegehilfsmittelverzeichnis), soweit diese nicht bereits im Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 des Fünften Buches enthalten sind, und schreiben es regelmäßig fort; darin sind gesondert die Pflegehilfsmittel auszuweisen, die:

1. durch Festbeträge vergütet werden; dabei sollen in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel in Gruppen zusammengefaßt werden,
2. für eine leihweise Überlassung an die Versicherten geeignet sind.

Die Verbände der betroffenen Leistungserbringer sowie die Verbände der Pflegeberufe und der Behinderten sind vor Erstellung und Fortschreibung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses anzuhören. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis ist im Bundesanzeiger bekanntzugeben.

(3) Die Spitzenverbände der Pflegekassen setzen für die in Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 bestimmten Pflegehilfsmittel einheitliche Festbeträge fest. Absatz 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

(4) Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren untereinander oder mit geeigneten Pflegeeinrichtungen das Nähere zur Ausleihe der hierfür nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 geeigneten Pflegehilfsmittel einschließlich ihrer Beschaffung, Lagerung und Wartung. Die Pflegebedürftigen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind von den Pflegekassen oder deren Verbänden in geeigneter Form über die Möglichkeit der Ausleihe zu unterrichten.

(5) Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, das Pflegehilfsmittelverzeichnis nach Absatz 2 und die Festbeträge nach Absatz 3 durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie und Senioren und mit Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen; § 36 Abs. 5 bleibt unberührt.

Vierter Abschnitt

Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätssicherung

§ 88

Wirtschaftlichkeitsprüfungen

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen können die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflegeleistungen durch von ihnen bestellte Sachverständige prüfen lassen. Bestehen Anhaltspunkte dafür, daß eine Pflegeeinrichtung die Anforderung des § 81 Abs. 3 Satz 1 nicht oder nicht mehr erfüllt, sind die Landesverbände zur Einleitung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung verpflichtet.

(2) Die Pflegeeinrichtungen und ihre Mitarbeiter sind verpflichtet, dem Sachverständigen auf Verlangen die für die Wahrnehmung seiner Aufgaben notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

(3) Das Prüfungsergebnis ist, unabhängig von den sich daraus ergebenden Folgerungen für eine Kündigung des Versorgungsvertrags nach § 83, in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung mit Wirkung für die Zukunft zu berücksichtigen.

§ 89

Qualitätssicherung

(1) Die Spitzenverbände der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen. Sie arbeiten dabei mit den Verbänden der Pflegeberufe und der Behinderten sowie mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe eng zusammen. Die Vereinbarungen nach Satz 1 sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen; sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen; bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 96) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 97). Die Pflegeeinrichtungen haben auf Verlangen

der Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den von den Landesverbänden bestellten Sachverständigen die Prüfung der Qualität ihrer Leistungen durch Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichende Prüfungen zu ermöglichen. Die Prüfungen sind auf die Qualität der Pflege, der Versorgungsabläufe und der Pflegeergebnisse zu erstrecken. Für das Löschen der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erhobenen Daten gilt § 116 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 und Satz 2 entsprechend.

(3) Das Ergebnis der Prüfung nach Absatz 2 ist der betroffenen Pflegeeinrichtung von den Landesverbänden der Pflegekassen mitzuteilen. Soweit Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen nach Anhörung der Pflegeeinrichtung, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Träger der Einrichtung hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Werden die Mängel nicht fristgerecht beseitigt, können die Landesverbände gemeinsam den Versorgungsvertrag gemäß § 83 Abs. 1, in schwerwiegenden Fällen nach § 83 Abs. 2 kündigen. § 82 Abs. 2 gilt entsprechend.

(4) Kommen Vereinbarungen nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 1994 nicht zustande, wird ihr Inhalt durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie und Senioren und dem Bundesministerium für Gesundheit und mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt.

§ 90

Verfahrensregelungen

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen (§ 49) erfüllen die ihnen nach dem Siebten und Achten Kapitel zugewiesenen Aufgaben gemeinsam. Kommt eine Einigung ganz oder teilweise nicht zustande, gilt § 213 Abs. 2 des Fünften Buches entsprechend.

(2) Absatz 1 gilt für die den Spitzenverbänden der Pflegekassen (§ 50) nach dem Siebten Kapitel zugewiesenen Aufgaben entsprechend.

ACHTES KAPITEL

Pflegevergütung und Investitionsfinanzierung der Pflegeeinrichtungen

Erster Abschnitt

Allgemeine Vorschriften

§ 91

Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

(1) Zugelassene Pflegeheime und Pflegedienste erhalten nach Maßgabe dieses Kapitels

1. eine leistungsgerechte Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen (Pflegevergütung),

2. einen gesondert ausgewiesenen Zuschlag auf die Pflegevergütung zur Finanzierung der für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Investitionen einschließlich der Instandhaltung und Instandsetzung der notwendigen Anlagegüter (Investitionszuschlag).

Die Pflegevergütung und der Investitionszuschlag sind von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen. Für Unterkunft und Verpflegung bei vollstationärer Pflege (§ 39 Abs. 2) hat der Pflegebedürftige selbst aufzukommen.

(2) In der Pflegevergütung, im Investitionszuschlag und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen keine Aufwendungen für Investitionen, Instandhaltung, Instandsetzung oder sonstige Aufwendungen der Pflegeeinrichtungen berücksichtigt werden, die nach bundes- oder landesrechtlichen Bestimmungen öffentlich gefördert werden oder förderungsfähig sind. Öffentliche Zuschüsse für Investitionen, Instandhaltung oder Instandsetzung von Pflegeeinrichtungen sind vom Investitionszuschlag, öffentliche Zuschüsse zu den laufenden Aufwendungen von der Pflegevergütung abzuziehen. Satz 1 gilt entsprechend für Aufwendungen der Pflegeeinrichtungen, die nicht unmittelbar für die ambulante oder stationäre Versorgung der Pflegebedürftigen nach diesem Buch erforderlich sind.

§ 92

Verordnung zur Regelung der Pflegevergütung

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

1. die Pflegevergütung der Pflegeeinrichtungen einschließlich der Verfahrensregelungen zu ihrer Vereinbarung nach dem Zweiten Abschnitt dieses Kapitels,
2. den Inhalt der Pflegeleistungen sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen (§ 93 Abs. 4), den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 96) und den Zusatzleistungen (§ 97),
3. das Nähere zur Regelung der Investitionszuschläge einschließlich der Abgrenzung der damit abgegoltenen Investitionsaufwendungen (§ 100 Abs. 1) von den Leistungsaufwendungen nach Nummer 2,
4. die Rechnungs- und Buchführungsvorschriften der Pflegeeinrichtungen,
5. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag (§ 81 Abs. 1) orientierte personelle, räumliche und sachliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen.

§ 99 bleibt unberührt.

(2) Eine Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und 5 soll nur erlassen werden, wenn

1. ein Rahmenvertrag nach § 84 Abs. 2 innerhalb der Fristen des § 84 Abs. 3 oder

2. eine Schiedsstellenregelung nach § 84 Abs. 3 innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf dieser Fristen

ganz oder teilweise nicht oder nicht in dem für eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten erforderlichem Umfang zustande kommen. Nach Erlass der Rechtsverordnung sind ein Rahmenvertrag oder eine Schiedsstellenregelung zu den von der Verordnung erfaßten Regelungsbereichen nicht mehr zulässig.

Zweiter Abschnitt

Pflegevergütung

Erster Titel

Vergütung der stationären Pflegeleistungen

§ 93

Bemessungsgrundsätze

(1) Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die voll- oder teilstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims. Die Investitionszuschläge (§ 91 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2) bemessen sich nach § 100 und sind in der Pflegesatzvereinbarung gesondert auszuweisen.

(2) Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, in drei Pflegeklassen einzuteilen. Bei der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen sind die Pflegestufen gemäß § 13 zugrunde zu legen, soweit nicht nach der gemeinsamen Beurteilung des Medizinischen Dienstes und der Pflegeleitung des Pflegeheims die Zuordnung zu einer anderen Pflegeklasse notwendig oder ausreichend ist. Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten.

(3) Die Pflegesätze sind für alle Heimbewohner des Pflegeheims nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen; eine Differenzierung nach Kostenträgern ist unzulässig.

(4) Mit den Pflegesätzen sind alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung (allgemeine Pflegeleistungen) abgegolten. Für die allgemeinen Pflegeleistungen dürfen, soweit nichts anderes bestimmt ist, ausschließlich die nach den §§ 94 oder 95 vereinbarten oder nach § 94 Abs. 5 festgesetzten Pflegesätze berechnet werden, ohne Rücksicht darauf, wer zu ihrer Zahlung verpflichtet ist.

§ 94

Pflegesatzverfahren

(1) Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze werden zwischen dem Träger des Pflegeheims und den Leistungsträgern nach Absatz 2 vereinbart; für die Vereinbarung von Investitionszuschlägen gilt § 100.

(2) Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) sind der Träger des Pflegeheims sowie

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger sowie
2. der für den Sitz des Pflegeheims nach Landesrecht zuständige (örtliche oder überörtliche) Träger der Sozialhilfe,

soweit auf sie im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen jeweils mehr als 5 vom Hundert der Berechnungstage des Pflegeheimes entfallen. Die Vereinigungen der Pflegeheime im Land, die Landesverbände der Pflegekassen sowie die Verbände der privaten Pflegeversicherung im Land können sich am Pflegesatzverfahren beteiligen; das gleiche gilt für Arbeitsgemeinschaften von Pflegekassen oder sonstigen Leistungsträgern, soweit auf ihre Mitglieder im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen mehr als 5 vom Hundert der Berechnungstage des Pflegeheims entfallen.

(3) Die Pflegesatzvereinbarung ist im voraus, vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode des Pflegeheims, für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) zu treffen. Das Pflegeheim hat auf Verlangen einer Vertragspartei Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, für die es eine Vergütung beansprucht, durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Leistungsnachweise darzulegen. Hierzu gehören auch Angaben zur personellen und sachlichen Ausstattung des Pflegeheims, soweit sie zur Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall erforderlich sind. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

(4) Die Pflegesatzvereinbarung kommt durch Einigung zwischen dem Träger des Pflegeheims und der Mehrheit der Kostenträger nach Absatz 2 Satz 1 zustande, die an der Pflegesatzverhandlung teilgenommen haben. Sie ist schriftlich abzuschließen. Soweit Vertragsparteien sich bei den Pflegesatzverhandlungen durch Dritte vertreten lassen, haben diese vor Verhandlungsbeginn den übrigen Vertragsparteien eine schriftliche Verhandlungs- und Abschlußvollmacht vorzulegen.

(5) Kommt eine Pflegesatzvereinbarung innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 85 auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich fest. Gegen die Festsetzung ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

(6) Pflegesatzvereinbarungen und Schiedsstellenentscheidungen treten zu dem darin bestimmten Zeitpunkt

in Kraft. Ein rückwirkendes Inkrafttreten von Pflegesätzen ist nicht zulässig. Nach Ablauf des Pflegesatzzeitraums gelten die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze bis zum Inkrafttreten neuer Pflegesätze weiter.

(7) Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen der Annahmen, die der Vereinbarung oder Festsetzung der Pflegesätze zugrunde lagen, sind die Pflegesätze auf Verlangen einer Vertragspartei für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu verhandeln; die Absätze 3 bis 6 gelten entsprechend.

§ 95

Pflegesatzkommission

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen, der Verband der privaten Pflegeversicherung, die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Vereinigungen der Pflegeheimträger im Land bilden regional oder landesweit tätige Pflegesatzkommissionen, die anstelle der Vertragsparteien nach § 94 Abs. 2 die Pflegesätze mit Zustimmung der betroffenen Pflegeheimträger vereinbaren können. § 94 Abs. 3 bis 7 gilt entsprechend.

(2) Für Gruppen gleichartiger Pflegeheime, die nach einheitlichen oder vergleichbaren Gesichtspunkten bewertet werden können, kann die Pflegesatzkommission mit Zustimmung der betroffenen Pflegeheimträger einheitliche Pflegesätze (Gruppenpflegesätze) vereinbaren.

(3) Die Pflegesatzkommission oder die Vertragsparteien nach § 94 Abs. 2 können auch Rahmenvereinbarungen abschließen, die insbesondere ihre Rechte und Pflichten, die Vorbereitung, den Beginn und das Verfahren der Pflegesatzverhandlungen sowie Art, Umfang und Zeitpunkt der vom Pflegeheim vorzulegenden Leistungsnachweise und sonstigen Verhandlungsunterlagen näher bestimmen. Satz 1 gilt nicht, soweit für das Pflegeheim verbindliche Regelungen nach § 84 getroffen worden sind.

§ 96

Unterkunft und Verpflegung

Die als Pflegesatzparteien betroffenen Leistungsträger (§ 94 Abs. 2) vereinbaren mit dem Träger des Pflegeheims die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Entgelte für Unterkunft und Verpflegung. Die Entgelte müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. Die §§ 93 Abs. 4, 94 und 95 gelten entsprechend; § 97 bleibt unberührt.

§ 97

Zusatzleistungen

(1) Neben den Pflegesätzen nach § 94 und den Entgelten nach § 96 darf das Pflegeheim mit den Pflegebedürftigen über die im Versorgungsvertrag vereinbarten notwendigen Leistungen hinaus (§ 81

Abs. 1 Satz 2) gesondert ausgewiesene Zuschläge für

1. besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie
2. zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen

vereinbaren (Zusatzleistungen). Der Inhalt der notwendigen Leistungen und deren Abgrenzung von den Zusatzleistungen werden in den Rahmenverträgen nach § 84 festgelegt.

(2) Die Gewährung und Berechnung von Zusatzleistungen ist nur zulässig, wenn:

1. dadurch die notwendigen stationären oder teilstationären Leistungen des Pflegeheims (§§ 93 Abs. 4 und 96) nicht beeinträchtigt werden,
2. die angebotenen Zusatzleistungen nach Art, Umfang, Dauer und Zeitabfolge sowie die Höhe der Zuschläge und die Zahlungsbedingungen vorher schriftlich zwischen dem Pflegeheim und dem Pflegebedürftigen vereinbart worden sind,
3. das Leistungsangebot und die Leistungsbedingungen den Landesverbänden der Pflegekassen und den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land vor Leistungsbeginn schriftlich mitgeteilt worden sind.

Zweiter Titel

Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen

§ 98

Grundsätze für die Vergütungsregelung

(1) Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 99 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muß leistungsgerecht sein. Die Vergütung muß einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig. Für die Bemessung und Vereinbarung der Investitionszuschläge gilt § 100.

(2) Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung sind der Träger des Pflegedienstes sowie

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger sowie
2. der für den Sitz des Pflegedienstes nach Landesrecht zuständige (örtliche oder überörtliche) Träger der Sozialhilfe,

soweit auf sie im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen jeweils mehr als 5 vom Hundert der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen.

(3) Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitauf-

wand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden. Die §§ 93 Abs. 4, 94 Abs. 3 bis 7 und 95 gelten entsprechend.

§ 99

Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

(1) Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie und Senioren und dem Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen zu erlassen, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfaßt ist. Die Vergütung muß leistungsgerecht sein, den Bemessungsgrundsätzen nach § 98 entsprechen und hinsichtlich ihrer Höhe regionale Unterschiede berücksichtigen. Sie muß außerdem als Teil der Gebühr eine angemessene Investitionspauschale enthalten, mit der die in § 100 genannten Aufwendungen abgegolten sind. In der Verordnung ist auch das Nähere zur Abrechnung der Vergütung zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten zu regeln.

(2) Die Gebührenordnung gilt nicht für die Vergütung von ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung durch Familienangehörige, Partner und sonstige Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. Soweit die Gebührenordnung Anwendung findet, sind die davon betroffenen Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen nicht berechtigt, über die Berechnung der Gebühren hinaus weitergehende Ansprüche an die Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger zu stellen.

Dritter Titel

Investitionsfinanzierung

§ 100

Investitionszuschlag

(1) Investitionen im Sinne dieses Kapitels sind alle Maßnahmen, die dazu bestimmt und geeignet sind, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instandzuhalten oder instandzusetzen; ausgenommen sind die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung (§ 91 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1) zuzuordnen sind. Zu den Investitionsaufwendungen im Sinne von Satz 1 gehören nicht die Kosten des Grundstücks, des

Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung sowie ihrer Finanzierung.

(2) Zugelassene Pflegeeinrichtungen erhalten auf ihre Pflegevergütung einen Investitionszuschlag zur Finanzierung ihrer betriebsnotwendigen Investitionen; § 99 Abs. 1 Satz 3 bleibt unberührt. Der Investitionszuschlag umfaßt:

1. Abschreibungen (Absetzungen für Abnutzung) auf die zum Betrieb der Pflegeeinrichtung gehörenden Güter des Anlagevermögens, deren Nutzung zeitlich begrenzt ist (Anlagegüter),
2. Zinsen für Fremdkapital,
3. Zinsen für Eigenkapital, jedoch nur bis zur Höhe von 1 vom Hundert über dem Zinssatz für Spareinlagen mit gesetzlicher Kündigungsfrist,
4. Aufwendungen für die Instandhaltung und Instandsetzung der Anlagegüter,
5. Rückstellungen zur Anpassung der Ausstattung der Pflegeeinrichtungen an die pflegerisch-technische Entwicklung in Höhe eines Vomhundertsatzes der Absetzungen für Abnutzung.

Abschreibungen können nach den gleichen Grundsätzen geltend gemacht werden, wie sie für dieselben Anlagegüter nach steuerrechtlichen Vorschriften zulässig sind; Sonderabschreibungen bleiben unberücksichtigt. An Stelle der Aufwendungen nach Satz 2 können von den Vertragsparteien nach § 94 Abs. 2 pauschale Investitionszuschläge vereinbart werden, die unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Nutzungsdauer der Anlagegüter bei sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung angemessen sind.

(3) Für Mindereinnahmen und Erlösausfälle bei Anlauf oder innerbetrieblichen Umstellungen von Pflegeeinrichtungen sowie für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken können Zuschläge auf die Pflegevergütung vereinbart werden, wenn ohne eine solche Vereinbarung die Aufnahme oder Fortführung des Betriebs der Pflegeeinrichtung gefährdet wäre.

(4) In den Investitionszuschlägen sind nur die bei Anwendung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gerechtfertigten Investitionsaufwendungen zu berücksichtigen, soweit die damit zu finanzierenden Investitionen für den Betrieb der Pflegeeinrichtungen nach Maßgabe des Versorgungsvertrages notwendig sind. Dabei ist für die in Pflegeheimen vorgehaltenen Pflegeplätze folgende durchschnittliche Jahresauslastung zugrunde zu legen:

1. bei voll- und teilstationärer Pflege 95 vom Hundert,
2. bei Kurzzeitpflege 85 vom Hundert.

Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen richtet sich die für die Bemessung des Investitionszuschlags maßgebliche Auslastung nach der Gesamtzahl ihrer voraussichtlichen Pflegeeinsätze im Pflegesatzzeitraum. Die Vertragsparteien können im voraus einen anderen Auslastungsgrad als Bemessungsgrundlage für die Festlegung des Investitionszuschlags vereinbaren,

wenn dies für die pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen notwendig oder ausreichend ist.

(5) Art, Höhe und Dauer des Investitionszuschlags werden von den Vertragsparteien nach § 94 Abs. 2 als gesondert ausgewiesener Zuschlag auf die Pflegevergütung vereinbart. Investitionszuschläge können auch für Zeiträume vereinbart werden, die von der Laufzeit der Pflegevergütung abweichen. Die §§ 94 Abs. 3 bis 7 und 95 gelten entsprechend; § 94 Abs. 5 findet auf Regelungen nach Satz 2 dieses Absatzes sowie nach Absatz 4 Satz 4 keine Anwendung.

§ 101

Landespflegeausschüsse

(1) Zur Beratung über Fragen der Finanzierung und des Betriebs von Pflegeeinrichtungen wird für jedes Land oder für Teile des Landes von den Beteiligten nach Absatz 2 ein Landespflegeausschuß gebildet. Der Ausschuß kann einvernehmlich Empfehlungen abgeben, insbesondere zum Aufbau und zur Weiterentwicklung eines regional und fachlich gegliederten Versorgungssystems einander ergänzender Pflegedienste und Pflegeheime, zur Pflegevergütung einschließlich des Investitionszuschlags, zur Gestaltung und Bemessung der Entgelte bei Unterkunft und Verpflegung und zur Berechnung der Zusatzleistungen. Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen haben die Empfehlungen nach Satz 2 insbesondere bei dem Abschluß von Versorgungsverträgen und Vergütungsvereinbarungen angemessen zu berücksichtigen.

(2) Der Landespflegeausschuß besteht insbesondere aus Vertretern der Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen in gleicher Zahl sowie einem Vertreter der zuständigen Landesbehörde. Dem Ausschuß gehören auch je ein Vertreter der Träger der überörtlichen Sozialhilfe und des Verbandes der privaten Pflegeversicherung im Land an. Die Vertreter der Pflegeeinrichtungen und deren Stellvertreter werden unter Beachtung des Grundsatzes der Trägervielfalt von den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen im Land, die Vertreter der Pflegekassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Pflegekassen und die Vertreter der Träger der überörtlichen Sozialhilfe von den Kommunalen Spitzenverbänden im Land bestellt. Die Beteiligten wählen aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden. § 85 Abs. 2 Satz 6 gilt entsprechend.

(3) Die zuständige Landesbehörde führt die Geschäfte des Ausschusses.

(4) 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 den Zeitaufwand der Mitglieder des Landespflegeausschusses, die Berufung weiterer Mitglieder über die in Absatz 2 genannten Organisationen hinaus, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen.

**Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsverträge
mit den Pflegekassen**

§ 101 a

Kostenerstattung

(1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach den §§ 94 und 98 verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten oder stationären Leistungen unmittelbar mit den Pflegebedürftigen vereinbaren.

(2) Den Pflegebedürftigen werden die ihnen von den Einrichtungen nach Absatz 1 berechneten Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen erstattet. Die Erstattung darf jedoch 80 vom Hundert des Betrages nicht überschreiten, den die Pflegekasse für den einzelnen Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit nach dem Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels zu leisten hat; der Investitionszuschlag darf den durchschnittlichen Investitionszuschlag aller zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Land nicht übersteigen. Eine weitergehende Kostenerstattung durch einen Träger der Sozialhilfe ist unzulässig.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für Pflegebedürftige, die nach Maßgabe dieses Buches bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert sind.

(4) Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sind von der Pflegekasse und der Pflegeeinrichtung rechtzeitig auf Rechtsfolgen der Absätze 2 und 3 hinzuweisen.

NEUNTES KAPITEL

Datenschutz und Statistik

Erster Abschnitt

Informationsgrundlagen

Erster Titel

Grundsätze der Datenverwendung

§ 102

Anzuwendende Vorschriften

Für den Schutz personenbezogener Daten bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung in der Pflegeversicherung gelten die §§ 35 und 37 des Ersten Buches, die §§ 67 bis 85 des Zehnten Buches sowie die nachfolgenden Vorschriften.

§ 103

Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen

(1) Die Pflegekassen dürfen personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies für:

1. die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 18 bis 22) und der Mitgliedschaft (§ 45),
2. die Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung (§§ 51 bis 67),
3. die Prüfung der Leistungspflicht und Gewährung von Leistungen an Versicherte (§§ 4 und 24),
4. die Beteiligung des Medizinischen Dienstes (§§ 16 und 36),
5. die Abrechnung mit den Leistungserbringern und die Kostenerstattung (§§ 93 bis 101 a und 114),
6. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung (§§ 88 und 89),
7. die Beratung über Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation sowie über die Leistungen und Hilfen zur Pflege (§ 7),
8. die Koordinierung pflegerischer Hilfen (§ 11),
9. die Abrechnung mit anderen Leistungsträgern,
10. statistische Zwecke (§ 118),

erforderlich ist.

(2) Die nach Absatz 1 erhobenen und gespeicherten personenbezogenen Daten dürfen für andere Zwecke nur verarbeitet oder genutzt werden, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.

(3) Versicherungs- und Leistungsdaten der für Aufgaben der Pflegekasse eingesetzten Beschäftigten einschließlich der Daten ihrer mitversicherten Angehörigen dürfen Personen, die kasseninterne Personalentscheidungen treffen oder daran mitwirken können, weder zugänglich sein noch diesen Personen von Zugriffsberechtigten offenbart werden.

§ 104

**Personenbezogene Daten bei den Verbänden
der Pflegekassen**

(1) Die Verbände der Pflegekassen dürfen personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit diese für:

1. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit und der Qualitätssicherung der Leistungserbringung (§§ 88 und 89),
2. den Abschluß und die Kündigung von Versorgungsverträgen (§§ 82 und 83),

3. die Wahrnehmung der ihnen nach §§ 49 und 50 zugewiesenen Aufgaben

erforderlich sind.

(2) § 103 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.

§ 105

Gemeinsame Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten

(1) Die Pflegekassen und die Krankenkassen dürfen personenbezogene Daten, die zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben beider Stellen erforderlich sind, gemeinsam verarbeiten und nutzen. Soweit personenbezogene Daten den Krankenkassen oder Pflegekassen von einem Arzt oder einer anderen in § 203 Abs. 1 oder 3 des Strafgesetzbuches genannten Stelle zugänglich gemacht worden sind, bleibt § 76 des Zehnten Buches unberührt.

(2) § 286 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen entsprechend. In der nach dieser Vorschrift zu veröffentlichenden Datenübersicht ist festzuhalten, welche Daten nur von den Krankenkassen, welche nur von den Pflegekassen und welche gemeinsam verarbeitet oder genutzt werden.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für die Verbände der Pflege- und Krankenkassen.

§ 106

Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst

(1) Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen erforderlich ist. Die Daten dürfen für andere Zwecke nur verarbeitet und genutzt werden, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.

(2) Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten, die er für die Aufgabenerfüllung nach dem Fünften oder Elften Buch erhebt, verarbeitet oder nutzt, auch für die Aufgaben des jeweils anderen Buches verarbeiten oder nutzen, wenn ohne die vorhandenen Daten diese Aufgaben nicht ordnungsgemäß erfüllt werden können.

(3) Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen. § 105 Abs. 2 Satz 1, § 107 und § 116 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 2 gelten für den Medizinischen Dienst entsprechend. Der Medizinische Dienst darf in Dateien nur Angaben zur Person und Hinweise auf bei ihm vorhandene Akten aufnehmen.

(4) Für das Akteneinsichtsrecht des Versicherten gilt § 25 des Zehnten Buches entsprechend.

§ 107

Forschungsvorhaben

(1) Die Pflegekassen dürfen mit der Erlaubnis der Aufsichtsbehörde die Datenbestände leistungserbringer- und fallbeziehbar für zeitlich befristete und im Umfang begrenzte Forschungsvorhaben selbst auswerten und zur Durchführung eines Forschungsvorhabens über die sich aus § 116 ergebenden Fristen hinaus aufbewahren.

(2) Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

Zweiter Titel

Informationsgrundlagen der Pflegekassen

§ 108

Versichertenverzeichnis

Die Pflegekasse hat ein Versichertenverzeichnis zu führen. Sie hat in das Versichertenverzeichnis alle Angaben einzutragen, die zur Feststellung der Versicherungspflicht oder -berechtigung und des Anspruchs auf Familienversicherung, zur Bemessung und Einziehung der Beiträge sowie zur Feststellung des Leistungsanspruchs erforderlich sind.

§ 109

Nachweispflicht bei Familienversicherung

Die Pflegekasse kann die für den Nachweis einer Familienversicherung (§ 21) erforderlichen Daten vom Angehörigen oder mit dessen Zustimmung vom Mitglied erheben.

§ 110

Pflegeversichertennummer

Die Pflegekasse verwendet für jeden Versicherten eine Versichertennummer, die mit der Krankenversichertennummer ganz oder teilweise übereinstimmen darf. Bei der Vergabe der Nummer für Versicherte nach § 21 ist sicherzustellen, daß der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann.

§ 111

Angaben über Leistungsvoraussetzungen

Die Pflegekasse hat Angaben über Leistungen, die zur Prüfung der Voraussetzungen späterer Leistungsgewährung erforderlich sind, aufzuzeichnen. Hierzu gehören insbesondere Angaben zur Feststellung der Voraussetzungen von Leistungsansprüchen und zur Leistung von Zuschüssen.

§ 112

Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

(1) Die Pflegekassen, die anderen Träger der Sozialversicherung und die Vertragspartner der Pflegekassen einschließlich deren Mitglieder verwenden im Schriftverkehr und für Abrechnungszwecke untereinander bundeseinheitliche Kennzeichen.

(2) § 293 Abs. 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

Zweiter Abschnitt

Übermittlung von Leistungsdaten

§ 113

Pflichten der Leistungserbringer

Die Leistungserbringer sind berechtigt und verpflichtet:

1. im Falle der Überprüfung der Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln (§ 36 Abs. 1),
2. im Falle eines Prüfverfahrens, soweit die Wirtschaftlichkeit oder die Qualität der Leistungen im Einzelfall zu beurteilen sind (§§ 88 und 89),
3. im Falle der Abrechnung pflegerischer Leistungen (§ 114)

die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen und ihrer Verbände erforderlichen Angaben über Versicherungsleistungen aufzuzeichnen und den Pflegekassen sowie den Verbänden oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen zu übermitteln.

§ 114

Abrechnung pflegerischer Leistungen

(1) Die an der Pflegeversorgung teilnehmenden Leistungserbringer sind verpflichtet, maschinenlesbar

1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Zeit der Leistungserbringung aufzuzeichnen,
2. in den Abrechnungsunterlagen ihr Kennzeichen (§ 112) sowie die Versichertennummer des Pflegebedürftigen anzugeben,
3. bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnis nach § 87 zu verwenden.

(2) Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie Einzelheiten des Datenträgeraustausches werden von den Spitzenverbänden der Pflegekassen nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer festgelegt.

§ 115

Abweichende Vereinbarungen

Die Landesverbände der Pflegekassen (§ 49) können mit den Leistungserbringern oder ihren Verbänden vereinbaren, daß

1. der Umfang der zu übermittelnden Abrechnungsbelege eingeschränkt,
2. bei der Abrechnung von Leistungen von einzelnen Angaben ganz oder teilweise abgesehen

wird, wenn dadurch eine ordnungsgemäße Abrechnung und die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Pflegekassen nicht gefährdet werden.

Dritter Abschnitt

Datenlöschung, Auskunftspflicht

§ 116

Löschen von Daten bei der Pflegekasse

(1) Für das Löschen der für Aufgaben der Pflegekassen gespeicherten personenbezogenen Daten gilt § 84 des Zehnten Buches entsprechend mit der Maßgabe, daß

1. die Daten nach § 111 spätestens nach Ablauf von zehn Jahren,
2. sonstige Daten aus der Abrechnung pflegerischer Leistungen (§ 114), aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 88) und aus Prüfungen zur Qualitätssicherung (§ 89) spätestens nach zwei Jahren

zu löschen sind. Die Fristen beginnen mit dem Ende des Geschäftsjahres, in dem die Leistungen gewährt oder abgerechnet wurden. Die Pflegekassen können für Zwecke der Pflegeversicherung Leistungsdaten länger aufbewahren, wenn sichergestellt ist, daß ein Bezug zu natürlichen Personen nicht mehr herstellbar ist.

(2) Im Falle des Wechsels der Pflegekasse ist die bisher zuständige Pflegekasse verpflichtet, auf Verlangen die für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach den §§ 108 und 111 der neuen Pflegekasse mitzuteilen.

§ 117

Auskünfte an Versicherte

Die Pflegekassen unterrichten die Versicherten auf deren Antrag über die im jeweils letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. Eine Mitteilung an die Leistungserbringer über die Unterrichtung des Versicherten ist nicht zulässig. Die Pflegekassen können in ihren Satzungen das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung regeln.

Erhebungen über Pflegeeinrichtungen

(1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, für Zwecke dieses Buches durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates jährliche Erhebungen über ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen als Bundesstatistik anzuordnen. Die Bundesstatistik kann folgende Sachverhalte umfassen:

1. Art der Pflegeeinrichtung und der Trägerschaft,
2. in der Pflegeeinrichtung tätige Personen nach Geschlecht, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich, Dienststellung, Aus- und Weiterbildung,
3. sachliche Ausstattung und organisatorische Einheiten der Pflegeeinrichtung,
4. in Anspruch genommene ambulante und stationäre Pflegeleistungen,
5. Kosten der Pflegeeinrichtungen nach Kostenarten,
6. von der Pflegeeinrichtung betreute Pflegebedürftige nach Geschlecht, Wohnort, Art, Ursache und Grad der Pflegebedürftigkeit,
7. Ausbildungsstätten an der Pflegeeinrichtung.

Auskunftspflichtig sind die Träger der Pflegeeinrichtungen gegenüber den statistischen Ämtern der Länder; die Rechtsverordnung kann Ausnahmen von der Auskunftspflicht vorsehen.

(2) Daten der Pflegebedürftigen und der in der Pflegeeinrichtung tätigen Personen dürfen für Zwecke der Bundesstatistik nur in anonymisierter Form an die statistischen Ämter der Länder übermittelt werden.

ZEHNTE KAPITEL

Private Pflegeversicherung

Regelungen für die private Pflegeversicherung

(1) Um sicherzustellen, daß die Belange der Personen, die nach § 20 Abs. 1 zum Abschluß eines Pflegeversicherungsvertrages bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet werden, ausreichend gewahrt werden und daß die Verträge auf Dauer erfüllbar bleiben, ohne die Interessen der Versicherten anderer Tarife zu vernachlässigen, werden die im Geltungsbereich dieses Gesetzes zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet,

1. mit allen in § 20 Abs. 1 genannten versicherungspflichtigen Personen einen Versicherungsvertrag abzuschließen, der einen Versicherungsschutz in dem in § 20 Abs. 1 festgelegten Mindestumfang vorsieht (Kontrahierungszwang);

2. in den Verträgen, die Versicherungspflichtige in dem nach § 20 Abs. 1 vorgeschriebenen Umfang abschließen,

- a) keinen Ausschluß von Vorerkrankungen der Versicherungsnehmer,
- b) keinen Ausschluß bereits pflegebedürftiger Personen,
- c) keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung (§ 29 Abs. 2),
- d) keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherungsnehmer,
- e) keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt,
- f) die beitragsfreie Mitversicherung für nicht erwerbstätige Kinder des Versicherungsnehmers bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres,
- g) für Ehegatten keine Prämie in Höhe von mehr als 150 v. H. des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung, wenn ein Ehegatte nicht oder nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt ist,

vorzusehen.

(2) Die in Absatz 1 genannten Bedingungen gelten nur für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes Mitglied bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen sind.

(3) Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die erst nach Inkrafttreten dieses Gesetzes Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen werden, gelten, sofern sie in Erfüllung der Vorsorgepflicht nach § 20 Abs. 1 abgeschlossen werden und Vertragsleistungen in dem in § 20 Abs. 1 festgelegten Mindestumfang vorsehen, folgende Bedingungen:

1. Kontrahierungszwang,
2. keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht,
3. keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung,
4. für über 65jährige Versicherungsnehmer keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt,
5. beitragsfreie Mitversicherung für Kinder des Versicherungsnehmers bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres.

Gemeinschaftsunternehmen

(1) Zur Durchführung der privaten Pflegeversicherung ist ein gemeinschaftliches Versicherungsunternehmen zu gründen, an dem sich alle zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten privaten Krankenversi-

cherungsunternehmen zu beteiligen haben (Gemeinschaftsunternehmen). Das Gemeinschaftsunternehmen darf keine anderen Geschäfte als die Pflegeversicherung betreiben. Die im Geltungsbereich dieses Gesetzes zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten privaten Krankenversicherungsunternehmen übertragen ihre jeweiligen Versicherungsbestände auf das Gemeinschaftsunternehmen.

(2) Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über

1. die Gründung des Gemeinschaftsunternehmens,
2. die Beteiligung der einzelnen privaten Krankenversicherungsunternehmen an diesem Gemeinschaftsunternehmen,
3. die Voraussetzungen für eine Rückübertragung der Pflegerisiken von dem Gemeinschaftsunternehmen auf die einzelnen beteiligten Krankenversicherungsunternehmen,
4. die Gewährung der Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen einschließlich des Verfahrens zur Beitragszahlung an die Träger der Rentenversicherung,
5. die Sicherung der Ansprüche der Versicherungsnehmer im Falle der Insolvenz des Gemeinschaftsunternehmens,
6. die Anrechnung erworbener Rechte des Versicherungsnehmers bei Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens

zu regeln. Die Ermächtigung kann durch Rechtsverordnung derart auf das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen übertragen werden, daß dieses die nach Satz 1 erforderlichen Regelungen durch Rechtsverordnung erlassen kann.

ELFTES KAPITEL Bußgeldvorschrift

§ 121

Bußgeldvorschrift

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder leichtfertig

1. der Verpflichtung nach § 20 Abs. 1 nicht nachkommt,
2. entgegen § 46 Abs. 1 Satz 1, § 47 oder entgegen Artikel 29 Abs. 2 Satz 2 oder 3 oder Absatz 3 Satz 1 eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erstattet,
3. entgegen § 46 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 eine Auskunft nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt oder entgegen § 46 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 eine Änderung nicht oder nicht rechtzeitig mitteilt,
4. entgegen § 46 Abs. 2 Satz 2 die erforderlichen Unterlagen nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt,

5. entgegen § 46 Abs. 4 den Abschluß eines neuen Pflegeversicherungsvertrages nicht oder nicht rechtzeitig nachweist,

6. entgegen Artikel 29 Abs. 1 Satz 3 den Leistungsumfang seines privaten Versicherungsvertrages nicht oder nicht rechtzeitig anpaßt.

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

ZWEITER TEIL

Änderung des Sozialgesetzbuches

Artikel 2

Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch

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

1. In § 4 Abs. 2 Satz 1 wird nach dem Wortbestandteil „Kranken-“ der Wortbestandteil „Pflege-“ eingefügt.
2. In § 15 Abs. 1 werden das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „und der sozialen Pflegeversicherung“ eingefügt.
3. § 21 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Nummer 3 wird gestrichen.
 - b) Die bisherigen Nummern 4 und 4a werden Nummern 3 und 4.
4. Nach § 21 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 21 a

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

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

1. Leistungen bei häuslicher Pflege:
 - a) Pflegesachleistung,
 - b) Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen,
 - c) häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson,
 - d) Pflegehilfsmittel und technische Hilfen,
2. Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege,
3. Leistungen für Pflegepersonen, insbesondere
 - a) soziale Sicherung und
 - b) Pflegekurse,
4. Vollstationäre Pflege.

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

5. In § 37 werden nach dem Wort „Neunten“ die Wörter „und Elften“ eingefügt.

6. In § 66 Abs. 2 werden nach dem Wort „Sozialleistung“ die Wörter „wegen Pflegebedürftigkeit,“ und nach dem Wort „deshalb“ die Wörter „die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung,“ eingefügt.

Artikel 3

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

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

1. In § 1 Abs. 1 wird nach dem Wortbestandteil „Kranken-“ der Wortbestandteil „Pflege-“ eingefügt.
2. In § 19 Satz 1 wird nach dem Wortbestandteil „Kranken-“ ein Komma sowie der Wortbestandteil „Pflege-“ eingefügt.
3. In § 23 Abs. 1 Satz 1 wird das Wort „Krankenkasse“ durch die Wörter „Kranken- und Pflegekasse“ ersetzt.
4. In § 28a Abs. 1 wird nach dem Wortbestandteil „Kranken-“ ein Komma sowie der Wortbestandteil „Pflege-“ eingefügt.
5. In § 28d Satz 1 wird nach dem Wortbestandteil „Kranken-“ ein Komma sowie der Wortbestandteil „Pflege-“ eingefügt.
6. § 28f wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Wortbestandteil „Kranken-“ ein Komma sowie der Wortbestandteil „Pflege-“ eingefügt.
 - b) In Absatz 4 Satz 6 werden nach dem Wort „Träger“ die Wörter „der Pflegeversicherung,“ eingefügt.
7. In § 28h Abs. 2 Satz 1 wird nach dem Wortbestandteil „Kranken-“ ein Komma sowie der Wortbestandteil „Pflege-“ eingefügt.
8. In § 28i Abs. 1 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Für Personen, die bei keiner Krankenkasse versichert sind, werden Beiträge zur Pflegeversicherung an die nach § 44 des Elften Buches zuständige Krankenkasse gezahlt.“
9. In § 28k Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Träger“ die Wörter „der Pflegeversicherung,“ eingefügt.
10. In § 28n Nr. 3 werden nach dem Wort „Träger“ die Wörter „der Pflegeversicherung,“ eingefügt.
11. In § 28r Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Träger“ die Wörter „der Pflegeversicherung,“ eingefügt.
12. In § 70 Abs. 5 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „und die Träger der Pflegeversicherung“ eingefügt.
13. In § 77 Abs. 2 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter

„knappschaftliche Pflegeversicherung“ eingefügt.

Artikel 4

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel I des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

1. In § 11 Abs. 1 Satz 1 wird die Nummer 5 gestrichen.
2. In § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 werden nach dem Wort „Rehabilitation“ das Wort „sowie“ gestrichen und die Wörter „auch nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit sowie Leistungen zur“ eingefügt.
3. In § 37 Abs. 2 wird nach Satz 3 folgender Satz angefügt:

„Leistungen nach den Sätzen 2 und 3 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig.“
4. Nach § 51 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 51a

Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit

(1) Die Krankenkasse hat bei ärztlich festgestellter Arbeitsunfähigkeit auch in den ersten sechs Wochen zu überprüfen, ob die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit tatsächlich vorliegen. Die Überprüfung hat insbesondere zu erfolgen in Fällen, in denen

- a) Versicherte auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Dauer arbeitsunfähig sind oder der Beginn der Arbeitsunfähigkeit häufig auf einen Arbeitstag am Beginn oder am Ende einer Woche fällt, oder
- b) die Arbeitsunfähigkeit von einem Arzt bescheinigt worden ist, der durch die Häufigkeit der von ihm ausgestellten Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit auffällig geworden ist.

(2) Neben den Prüfungen nach Absatz 1 (Auffälligkeitsprüfung) hat die Krankenkasse auf der Grundlage von arztbezogenen und versichertenbezogenen Stichproben die Feststellungen von Arbeitsunfähigkeit zu überprüfen (Stichprobenprüfung). Die Prüfung hat 2 v. H. der Arbeitsunfähigkeitsfälle je Quartal zu umfassen.

(3) Die Krankenkasse hat im Rahmen der Überprüfungen nach Absatz 1 bis 3 zur Klärung medizinischer Zweifel eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einzuholen, wenn dies gemäß § 275 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe b erforderlich ist.

(4) Der Arbeitgeber kann von der Krankenkasse verlangen, daß sie unverzüglich die Arbeitsunfähigkeit eines Beschäftigten überprüft, auch unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes. Die

Krankenkasse kann von einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben.

(5) Stellt sich durch die Überprüfungen heraus, daß die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten auf unrichtigen oder bewußt irreführenden Angaben des Versicherten beruht, hat er das Krankengeld an die Krankenkasse zurückzahlen.

(6) Soweit die Überprüfung ergibt, daß Arbeitsunfähigkeit im Einzelfall nicht besteht oder bestanden hat und daher zu Unrecht bescheinigt wurde, ist die betreffende Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 mit einzubeziehen."

5. Vor § 53 werden in der Überschrift des Sechsten Abschnittes die Wörter „Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit“ durch das Wort „(unbesetzt)“ ersetzt.

6. Die §§ 53 bis 57 werden gestrichen.

7. In § 73 Abs. 2 Nr. 8 werden die Wörter „und häuslicher Pflegehilfe“ gestrichen.

8. In § 92 Abs. 1 Nr. 6 wird das Komma hinter dem Wort „Hilfsmitteln“ durch das Wort „und“ ersetzt und die Wörter „und häuslicher Pflegehilfe“ gestrichen.

9. In § 106 wird nach Absatz 3 folgender Absatz eingefügt:

„(3a) Ergeben die Prüfungen nach Absatz 2 und nach § 51a, daß ein Arzt Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hat, obwohl die medizinischen Voraussetzungen dafür nicht vorlagen, kann der Arbeitgeber, der zu Unrecht Arbeitsentgelt gezahlt hat, und die Krankenkasse, die zu Unrecht Krankengeld gezahlt hat, von dem Arzt Schadensersatz verlangen, wenn die Arbeitsunfähigkeit fahrlässig oder vorsätzlich bescheinigt worden ist, obwohl die Voraussetzungen dafür nicht vorlagen.“

10. In § 132 werden in der Überschrift und in Absatz 1 Satz 1 nach dem Wort „Krankenpflege“ das Komma sowie die Wörter „häuslicher Pflegehilfe, häuslicher Pflege“ gestrichen.

11. In § 260 Abs. 1 Nr. 1 werden das Komma durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „die Aufgaben der Krankenkassen als Pflegekassen sind keine gesetzlichen Aufgaben im Sinne dieser Vorschrift,“ angefügt.

12. § 269 Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Die Nummer 3 wird gestrichen.
b) Die Nummern 4, 5 und 6 werden Nummern 3, 4 und 5.

13. § 275 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe b wird wie folgt gefaßt:

„b) zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit“

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Die Nummer 2 wird gestrichen.

bb) Die Nummern 3, 4 und 5 werden Nummern 2, 3 und 4.

14. In § 276 wird nach Absatz 4 folgender Absatz eingefügt:

„(4a) Wenn sich im Rahmen der Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit (§§ 51a, 275 Abs. 1 Nr. 3b) aus den ärztlichen Unterlagen ergibt, daß der Versicherte aufgrund seines Gesundheitszustandes nicht in der Lage ist, einer Vorladung des Medizinischen Dienstes Folge zu leisten oder wenn der Versicherte einen Vorladungstermin unter Berufung auf seinen Gesundheitszustand absagt und der Untersuchung fernbleibt, soll die Untersuchung in der Wohnung des Versicherten stattfinden. Verweigert er hierzu seine Zustimmung, kann ihm die Sozialleistung versagt werden.“

15. In § 284 Abs. 1 Nr. 9 wird die Angabe in der Klammer durch die Angabe „§§ 51a, 106“ ersetzt.

Artikel 5

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

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

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

- a) Nach „§ 106 Zuschuß zur Krankenversicherung“ wird eingefügt:

„§ 106a Zuschuß zur Pflegeversicherung“.

- b) Die Wörter „§ 177 Beitragszahlung von Pflegepersonen“ werden durch die Wörter „§ 177 aufgehoben“ ersetzt.

- c) Nach „§ 249a Beitragszeiten und Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung im Beitrittsgebiet“ wird eingefügt:

„§ 249b Berücksichtigungszeiten wegen Pflege“.

- d) Nach „§ 279d Beitragszahlung im Beitrittsgebiet“ wird eingefügt:

„§ 279e Beitragszahlung von Pflegepersonen“.

2. § 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird nach Nummer 1 folgende Nummer eingefügt:

„1a. in der sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 12 des Elften Buches nicht erwerbsmäßig wenigstens vierzehn Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen (nicht erwerbs-

mäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung hat."

b) Nach Satz 1 wird eingefügt:

"Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das dem Umfang der Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 33 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben vollzeitig beschäftigt oder selbständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1 a versicherungspflichtig."

3. § 5 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Versicherungsfrei sind Personen, die

1. eine geringfügige Beschäftigung (§ 8 Abs. 1 und 2 Viertes Buch),
2. eine geringfügige selbständige Tätigkeit (§ 8 Abs. 3 Viertes Buch) oder
3. eine geringfügige nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeit

ausüben, in dieser Beschäftigung, selbständigen Tätigkeit oder Pflegetätigkeit. Satz 1 Nr. 1 und 2 gilt nicht für Personen, die im Rahmen betrieblicher Berufsbildung, nach dem Gesetz zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder nach § 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 beschäftigt sind oder von der Möglichkeit einer stufenweisen Wiederaufnahme einer nicht geringfügigen Tätigkeit (§ 74 Fünftes Buch) Gebrauch machen. Eine nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeit ist geringfügig, wenn die Beitragsbemessungsgrundlage für die Pflegetätigkeit (§ 166 Nr.6) ein Siebtel der Bezugsgröße nicht übersteigt; mehrere nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeiten sind zusammenzurechnen."

4. § 24 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nr. 1 Buchstabe a werden nach dem Wort „haben“ das Komma gestrichen und das Wort „oder“ eingefügt.
- b) In Absatz 1 Nr. 1 Buchstabe b wird nach dem Wort „ausübt“ das Wort „oder“ gestrichen.
- c) Absatz 1 Nr. 1 Buchstabe c wird gestrichen.

5. § 57 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird die Absatzbezeichnung „(1)“ gestrichen.
- b) Absatz 2 wird aufgehoben.

6. In § 68 Abs. 3 Satz 4 werden nach dem Wort „Rentner“ ein Komma und die Wörter „zur Pflegeversicherung“ eingefügt.

7. Nach § 106 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 106a

Zuschuß zur Pflegeversicherung

(1) Rentenbezieher, die bei einem privaten Versicherungsunternehmen pflegeversichert sind, erhalten zu ihrer Rente einen Zuschuß zu den Aufwendungen für den Pflegeversicherungsbeitrag. Dies gilt nicht, wenn sie gleichzeitig in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sind.

(2) Der monatliche Zuschuß wird in Höhe des Beitrags geleistet, den der Träger der Rentenversicherung als Pflegeversicherungsbeitrag für Rentenbezieher zu tragen hat, die in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sind. Er wird auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen für die Pflegeversicherung begrenzt. § 106 Abs. 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend."

8. In § 111 Abs. 2 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „und die Pflegeversicherung“ eingefügt.

9. § 141 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 6 wird nach dem Wort „Versicherung“ das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt.

b) In Nummer 7 wird nach dem Wort „Versorgungsausgleich“ das Wort „oder“ angefügt.

c) Nach Nummer 7 wird folgende Nummer angefügt:

„8. einer nicht erwerbsmäßigen Pflegetätigkeit“

10. In § 166 wird in Nummer 5 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„6. bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege eines

a) Schwerstpflegebedürftigen (§ 13 Abs. 1 Nr. 3 Elftes Buch) 80 vom Hundert der Bezugsgröße,

b) Schwerpflegebedürftigen (§ 13 Abs. 1 Nr. 2 Elftes Buch) 53,3333 vom Hundert der Bezugsgröße,

c) erheblich Pflegebedürftigen (§ 13 Abs. 1 Nr. 1 Elftes Buch) 26,6666 vom Hundert der Bezugsgröße;

üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, sind beitragspflichtige Einnahmen bei jeder Pflegeperson der Teil der jeweiligen beitragspflichtigen Einnahmen, der dem Umfang ihrer Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt entspricht."

11. In § 170 Abs. 1 wird in Nummer 5 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„6. bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, die einen

- a) in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,
- b) in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfreien Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
- c) Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen und Leistungen eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe und dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig.“

12. § 177 wird aufgehoben.

13. Dem § 199 wird folgender Satz angefügt:

„Die Sätze 1 und 2 sind für Zeiten einer nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege entsprechend anzuwenden.“

14. In § 231 Satz 2, zweiter Halbsatz, wird nach dem Wort „oder“ das Wort „selbständigen“ eingefügt.

15. Nach § 249a wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 249b

Berücksichtigungszeiten wegen Pflege

Berücksichtigungszeiten sind auf Antrag auch Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines Pflegebedürftigen in der Zeit vom 1. Januar 1992 bis zum 31. Dezember 1993, solange die Pflegeperson

1. wegen der Pflege berechtigt war, Beiträge zu zahlen oder die Umwandlung von freiwilligen Beiträgen in Pflichtbeiträge zu beantragen, und
2. nicht zu den in § 56 Abs. 4 genannten Personen gehört, die von der Anrechnung einer Kindererziehungszeit ausgeschlossen sind.

Wurde die Pfl egetätigkeit nach dem 30. September 1993 aufgenommen, wird die Zeit von der Aufnahme der Pfl egetätigkeit an als Berücksichtigungszeit wegen Pflege angerechnet, wenn der Antrag bis zum Ablauf von drei Kalendermonaten nach Aufnahme der Pfl egetätigkeit gestellt wird.“

16. § 254 d Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 4 wird nach dem Wort „Aufenthalt“ ein Komma eingefügt.
- b) Nach Nummer 4 wird eingefügt:
„4a. Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege“.

17. Nach § 279 d wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 279e

Beitragszahlung von Pflegepersonen

(1) Freiwillige Beiträge von Pflegepersonen für Zeiten der in der Zeit vom 1. Januar 1992 bis zum 31. Dezember 1993 ausgeübten nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege im Inland gelten auf Antrag als Pflichtbeiträge, wenn

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

(2) Versicherte, die wegen der in der Zeit vom 1. Januar 1992 bis zum 31. Dezember 1993 ausgeübten Pflege eine in ihrem zeitlichen Umfang eingeschränkte Beschäftigung ausüben, können auf Antrag für jeden Betrag zwischen dem tatsächlich erzielten Arbeitsentgelt und dem Doppelten dieses Arbeitsentgelts, höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze, Pflichtbeiträge zahlen, wenn im übrigen die Voraussetzungen nach Absatz 1 vorliegen. Versicherte, die nachweisen, daß sie ohne ihre in der Zeit vom 1. Januar 1992 bis zum 31. Dezember 1993 ausgeübte Pfl egetätigkeit ein Arbeitsentgelt erzielt hätten, das das Doppelte des tatsächlich erzielten Arbeitsentgelts übersteigt, können auf Antrag unter Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze Pflichtbeiträge bis zu diesem Betrag zahlen. Die Sätze 1 und 2 gelten auch, wenn bei Bezug von Sozialleistungen Beiträge gezahlt werden.

(3) Eine Unterbrechung der Pfl egetätigkeit wegen eines Erholungsurlaubs, wegen einer Krankheit oder wegen einer anderweitigen Verhinderung von längstens einem Kalendermonat im Kalenderjahr steht der Anwendung der Absätze 1 oder 2 nicht entgegen.“

DRITTER TEIL

Änderung weiterer Gesetze

Artikel 6

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

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

- „19. Pflegepersonen im Sinne des § 17 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bei der Pflege eines Pflegebedürftigen im Sinne des § 12 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, soweit die Pflegepersonen nicht bereits zu den nach den

Nummern 1, 5, 7 oder 13 Versicherten gehören; die versicherte Tätigkeit umfaßt Pflegetätigkeiten im Bereich der Körperpflege und — soweit diese Tätigkeiten überwiegend Pflegebedürftigen zugute kommen — Pflegetätigkeiten in den Bereichen der Ernährung, der Mobilität sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 12 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).“

2. § 541 Abs. 1 Nr. 5 erhält in der Einleitung folgende Fassung:

„unbeschadet des § 539 Abs. 1 Nr. 19 sowie des § 777 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 776 Abs. 1 Nr. 1“

3. Dem § 637 wird folgender Absatz angefügt:

„(5) § 636 gilt ferner bei Arbeitsunfällen von nach § 539 Abs. 1 Nr. 19 versicherten Pflegepersonen entsprechend für Ersatzansprüche einer Pflegeperson, deren Angehörigen und Hinterbliebenen gegen den Pflegebedürftigen wie auch für Ersatzansprüche von Pflegepersonen desselben Pflegebedürftigen untereinander.“

4. In § 657 Abs. 1 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„10. in den Fällen des § 539 Abs. 1 Nr. 19.“

5. § 770 Satz 5 erhält folgende Fassung:

„In den Fällen des § 657 Abs. 1 Nr. 7, 8, 9 und 10 dürfen Beiträge von den Unternehmern nicht erhoben werden.“

Artikel 7

Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes

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

1. In § 44 Abs. 2 Satz 4 werden nach dem Wort „Kindes“ die Wörter „oder nach der Betreuung einer pflegebedürftigen Person“ eingefügt.

2. In § 46 Abs. 1 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Die Betreuung einer pflegebedürftigen Person steht der Betreuung und Erziehung eines Kindes gleich.“

3. § 56 Abs. 3 Nr. 2 wird wie folgt gefaßt:

„2. Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung,“

4. In § 138 Abs. 3 Nr. 1 werden nach dem Wort „Körperschaden“ die Wörter „oder Pflegebedürftigkeit“ eingefügt.

5. In § 141n Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „gesetzlichen Krankenversicherung und zur gesetzlichen Rentenversicherung“ durch die Wörter „gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung“ ersetzt.

Artikel 8

Änderung des Bundesversorgungsgesetzes

Das Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

1. § 10 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „verhüten,“ die Wörter „Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten,“ eingefügt.

b) In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „verhüten,“ die Wörter „Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten,“ eingefügt.

2. § 11 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „oder dem Eintritt“ durch die Wörter „, einer Pflegebedürftigkeit oder“ ersetzt.

b) In Absatz 4 werden die Wörter „und Leistungen bei Pflegebedürftigkeit“ gestrichen.

3. In § 12 Abs. 3 Satz 2 werden die Wörter „oder dem Eintritt“ durch die Wörter „, einer Pflegebedürftigkeit oder“ ersetzt.

4. § 19 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird gestrichen.

b) Die Absätze 4, 5 und 6 werden Absätze 3, 4 und 5.

5. Dem § 25 b Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 2 findet auch Anwendung, wenn Hilfe zur Pflege nur deshalb nicht gewährt wird, weil entsprechende Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch erbracht werden.“

6. In § 25 e Abs. 3 wird die Angabe „§ 26 c Abs. 8“ durch die Angabe „§ 26 c Abs. 12“ ersetzt.

7. In § 25 f Abs. 2 Nr. 2 wird die Angabe „§ 26 c Abs. 6 Satz 2“ durch die Angabe „§ 26 c Abs. 9 Satz 2“ ersetzt.

8. § 26 c wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 bis 5 werden wie folgt gefaßt:

„(1) Personen, die wegen einer Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, ist Hilfe zur Pflege zu gewähren. Gleiches gilt für Personen, die wegen einer Krankheit oder Behinderung so hilflos sind, daß sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe bedürfen. § 35 bleibt unberührt.“

(2) Krankheit oder Behinderung im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat.
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane.
3. Funktionsstörungen des zentralen Nervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 besteht in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung durch eine Pflegeperson mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, Zähneputzen, Kämmen, Haarewaschen, Rasieren, die Nagelpflege oder die Darm- und Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

(5) Dem Pflegebedürftigen sollen auch die Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden, die zur Erleichterung seiner Beschwerden wirksam beitragen. Um der Gefahr einer Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden."

- b) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 6 und um folgenden Satz ergänzt:

"Leistungen nach Absatz 7 werden insoweit nicht gewährt, als der Pflegebedürftige in der Lage ist, entsprechende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften in Anspruch zu nehmen."

- c) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 7; in Satz 1 werden hinter den Wörtern „Wartung und Pflege“ die Wörter „einschließlich der hauswirtschaftlichen Versorgung“ eingefügt.
- d) Die bisherigen Absätze 5 bis 7 werden Absätze 8 bis 10 und wie folgt gefaßt:

"(8) Pflegebedürftige erhalten ein Pflegegeld, wenn sie bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Bei pflegebedürftigen Kindern ist der infolge Krankheit oder Behinderung gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind zusätzliche Pflegebedarf maßgebend. Zusätzlich zum Pflegegeld sind dem Pflegebedürftigen die Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson oder einer besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung zu erstatten, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist. Leistungen nach den Sätzen 1 und 3 werden nicht gewährt, soweit der Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhält. Auf das Pflegegeld sind Leistungen nach § 27d Abs. 1 Nr. 7 oder ihnen gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften mit 70 vom Hundert, Pflegegelder nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch jedoch in dem Umfang, in dem sie gewährt werden, anzurechnen. Bei der Anwendung der Sätze 3 und 4 bleibt § 2 Bundessozialhilfegesetz unberührt."

(9) Das Pflegegeld beträgt 400 Deutsche Mark monatlich. Es erhöht sich auf 800 Deutsche Mark monatlich, wenn der Pflegebedürftige bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen, erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 1 200 Deutsche Mark monatlich. Bei teilstationärer Betreuung des Pflegebedürftigen kann das Pflegegeld angemessen gekürzt werden.

(10) Die Leistungen nach Absatz 7 Satz 2 und 3 werden neben den Leistungen nach Absatz 8 Satz 1 und 3 gewährt. Werden Leistungen nach Absatz 7 Satz 2 und 3 oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften gewährt, kann das Pflegegeld um bis zu zwei Drittel gekürzt werden."

- e) Nach Absatz 10 wird folgender Absatz angefügt:

"(11) Die Verordnung nach § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und die Richtlinien der Pflegekassen nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch finden zur Bestimmung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit und zur Abgrenzung und Höhe der Pflegegelder nach Absatz 8 und 9 entsprechende Anwendung."

- f) Die bisherigen Absätze 8 und 9 werden Absätze 12 und 13.

9. In § 26 d Abs. 3 wird die Angabe „§ 26 c Abs. 4“ durch die Angabe „§ 26 Abs. 7“ ersetzt.
10. In § 27 d Abs. 7 wird die Angabe „§ 26 c Abs. 9“ durch die Angabe „§ 26 c Abs. 13“ ersetzt.
11. In § 27 g Abs. 3 wird die Angabe „§ 26 c Abs. 8“ durch die Angabe „§ 26 c Abs. 12“ ersetzt.
12. Nach § 27 i wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 27 j

Pflegebedürftige, die bis zum 31. Dezember 1993 nach § 26 c Abs. 6 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 1993 geltenden Fassung Pflegegeld bezogen haben, erhalten das Pflegegeld insoweit weiter, als es den Pflegegeldanspruch nach § 33 des Elften Buches Sozialgesetzbuch übersteigt und die geltenden Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes den Leistungsbezug nicht ausschließen. Gleiches gilt, soweit Pflegebedürftige, die bis zum 31. Dezember 1993 Pflegegeld nach § 26 c Abs. 6 in der bis zum 31. Dezember 1993 geltenden Fassung und daneben Leistungen zur hauswirtschaftlichen Versorgung nach diesem Gesetz bezogen, deshalb geringere Leistungen für hauswirtschaftliche Versorgung nach diesem Gesetz erhalten, weil hierauf der auf die hauswirtschaftliche Versorgung entfallende Teil des Pflegegeldes nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch angerechnet wird.“

13. § 35 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„(1) Solange der Beschädigte infolge der Schädigung hilflos ist, wird eine Pflegezulage von 454 Deutsche Mark (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 ist der Beschädigte, wenn er für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung seiner persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muß, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist.“

- b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Satz 1“ gestrichen.
- c) Absatz 3 wird gestrichen; die Absätze 4 bis 7 werden Absätze 3 bis 6.
- d) In Absatz 4 wird die Bezeichnung „Absatz 4“ durch die Bezeichnung „Absatz 3“ ersetzt.

14. § 40 b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Zahl „20“ durch die Zahl „10“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Zahl „20“ durch die Zahl „10“ ersetzt.

- c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz eingefügt:

„(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für den Elternteil im Sinne des § 35 Abs. 2 entsprechend.“

- d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.

15. Nach § 53 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 53 a

Beiträge zur privaten Pflegeversicherung

(1) Rentenberechtigten Beschädigten und Hinterbliebenen, die bei einem privaten Versicherungsunternehmen pflegeversichert sind, wird zu Rentenleistungen nach diesem Gesetz der Pflegeversicherungsbetrag erstattet. Dies gilt nicht, wenn sie gleichzeitig in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sind.

(2) Die Erstattung darf den Betrag nicht übersteigen, der sich bei Beschädigten aus der Ausgleichsrente, dem Ehegattenzuschlag und dem Berufsschadensausgleich, bei Hinterbliebenen aus allen Rentenleistungen nach diesem Gesetz ergäbe, wenn der Berechtigte in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert wäre.“

16. Dem § 84 wird folgender Absatz angefügt:

„(3) Haben Berechtigte mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland im Monat Dezember 1993 Anspruch auf eine Zuwendung wegen Pflegebedürftigkeit nach § 64 a Abs. 2 Satz 3, wird diese Zuwendung weitergezahlt.“

Artikel 9

Änderung des Arbeitssicherstellungsgesetzes

Das Arbeitssicherstellungsgesetz vom 9. Juli 1968 (BGBl. I S. 787), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

1. In § 18 wird nach dem Wortbestandteil „Kranken-“, der Wortbestandteil „Pflege-“, eingefügt.
2. Nach § 19 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 19 a

Pflegeversicherung

Bei Personen, die in einer privaten Pflegeversicherung versichert sind, bleibt dieses Versicherungsverhältnis auch während ihrer Verpflichtung in ein Arbeitsverhältnis bestehen. § 68 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß der Dienstherr oder Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes, der nach § 16 Dienstbezüge, Unterhaltszuschuß oder Arbeitsentgelt weiterzuzahlen hat, und der neue Arbeitgeber den Beitragszuschuß anteilig nach der Höhe der jeweils zu gewährenden Dienstbezüge, Unterhaltszuschüsse und Arbeitsentgelte zu zahlen haben.“

Artikel 10
unbesetzt

Artikel 11

Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

1. In § 1 wird das Wort „Krankenversicherung“ durch die Wörter „Kranken- und Pflegeversicherung“ ersetzt.
2. § 5 wird wie folgt geändert:
 - a) Der bisherige Text wird Absatz 1.
 - b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz angefügt:

„(2) In der sozialen Pflegeversicherung ist nach diesem Gesetz versicherungsfrei, wer

 1. nach Absatz 1 versicherungsfrei oder
 2. nach den §§ 6 oder 7 von der Krankenversicherungspflicht befreit worden

ist. Nummer 2 gilt nicht für selbständige Künstler und Publizisten, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.“
3. In § 8 Abs. 1 werden die Wörter „Rentenversicherung“ und in der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Wörter „Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung“ ersetzt.
4. § 9 wird wie folgt geändert:
 - a) Der bisherige Text wird Absatz 1.
 - b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz angefügt:

„(2) Wer bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert ist und nach diesem Gesetz pflegeversicherungspflichtig wird, kann den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“
5. Nach § 10 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 10a

Selbständige Künstler und Publizisten, die nach den §§ 6 oder 7 von der Krankenversicherungspflicht befreit und bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, erhalten auf Antrag von der Künstlersozialkasse einen vorläufigen Beitragszuschuß, wenn sie für sich und ihre unterhaltsberechtigten Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Künstlers oder Publizisten in der sozialen Pflegeversicherung versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung einschließlich der Leistungen zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen entsprechen. § 68 Abs. 5

des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Der Zuschuß beträgt die Hälfte des Beitrages, den die Künstlersozialkasse bei Versicherungspflicht an die Pflegekasse zu zahlen hätte; dabei wird ein Mindestarbeitseinkommen nach § 234 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 56 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht in Ansatz gebracht. § 10 Abs. 2 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend.“

6. § 11 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Wörter „Kranken- oder Rentenversicherung“ durch die Wörter „Renten-, Kranken- oder Pflegeversicherung“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Kranken- oder Rentenversicherung“ durch die Wörter „Renten-, Kranken- oder Pflegeversicherung“ und die Verweisung „§ 10“ durch die Verweisung „§§ 10 und 10a“ ersetzt.

7. In § 12 Abs. 2 Satz 2 wird die Verweisung „§ 10“ durch die Verweisung „§§ 10 und 10a“ ersetzt.

8. Nach § 16 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 16a

(1) Der Versicherte hat an die Künstlersozialkasse als Beitragsanteil zur sozialen Pflegeversicherung für den Kalendermonat die Hälfte des sich aus den §§ 51, 52 und 56 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Beitrages zu zahlen. Der Beitragsanteil für einen Kalendermonat wird am Ersten des folgenden Monats fällig.

(2) § 16 Abs. 2 Satz 1 bis 5 gilt entsprechend mit der Maßgabe, daß anstelle des Ruhens der Leistungen Versicherungsfreiheit nach diesem Gesetz eintritt.

(3) Die zuständige Pflegekasse ist von der Mahnung sowie der Beendigung und dem Wiederaufleben der Versicherungspflicht nach diesem Gesetz zu unterrichten.“

9. In § 17 werden das Wort „Krankenversicherung“ durch die Wörter „Kranken- und Pflegeversicherung“ ersetzt und nach dem Wort „Krankenkasse“ die Wörter „und der Pflegekasse“ eingefügt.

10. In § 26 Abs. 2 Nummer 1 werden die Wörter „den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Wörter „den Kranken- und Pflegekassen“ ersetzt.

11. § 55 wird wie folgt gefaßt:

„§ 55

Die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung bei selbständigen Künstlern und Publizisten, die am 31. Dezember 1993 nach diesem Gesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder nach § 10 Abs. 1 zuschußberechtigt sind, beginnt ohne Feststellung der Künstlersozialkasse am 1. Januar 1994.“

12. Dem § 57 wird folgender Absatz angefügt:

„(4) Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen im Jahre 1994 die Vomhundertsätze der Künstlersozialabgabe für das Jahr 1994 unter Berücksichtigung der den Pflegekassen gegenüber zu erfüllenden Verpflichtungen nach Maßgabe des § 26 Abs. 1 bis 5 neu festzusetzen.“

Artikel 12

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

§ 14 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), zuletzt geändert durch, wird gestrichen.

Artikel 13

Änderung des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation

Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 (BGBl. I S. 1881), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

In § 12 Nr. 2 wird nach dem Wortbestandteil „Kranken-“ der Wortbestandteil „Pflege-“ eingefügt.

Artikel 14

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

1. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz eingefügt:

„(3) Die Länder stimmen ihre Krankenhausplanung auf die pflegerischen Leistungserfordernisse nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch ab, insbesondere mit dem Ziel, Krankenhäuser von Pflegefällen zu entlasten und dadurch entbehrlich werdende Teile eines Krankenhauses nahtlos in wirtschaftlich selbständige ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen umzuwidmen. Die Zahl der in die Krankenhauspläne aufgenommenen Krankenhausbetten soll bis zum 31. Dezember 1997 stufenweise um die Zahl der Betten verringert werden, die mit Pflegefällen fehlbelegt sind. Dabei soll die diesem Ziel dienende Förderung nach § 9 Abs. 2 Nr. 6 vorrangig solchen Krankenhausträgern gewährt werden, die von sich

aus eine Umwidmung in Pflegeeinrichtungen nach Satz 1 anbieten.“

b) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.

2. Nach § 9 Abs. 3 wird folgender Absatz eingefügt:

„(3a) Der vom Land bewilligte Gesamtbetrag der laufenden und der beiden folgenden Jahrespauschalen nach Absatz 3 steht dem Krankenhaus unabhängig von einer Verringerung der tatsächlichen Bettenzahl zu, soweit die Verringerung auf einer Vereinbarung des Krankenhausträgers mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 oder 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beruht und ein Fünftel der Planbetten nicht übersteigt. § 6 Abs. 3 bleibt unberührt.“

3. Nach § 17 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 17a

Abbau von Fehlbelegungen

(1) Der Krankenhausträger stellt sicher, daß keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden oder dort verbleiben, die nicht oder nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen.

(2) Die Krankenkassen wirken insbesondere durch gezielte Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung darauf hin, daß Fehlbelegungen vermieden und bestehende Fehlbelegungen zügig abgebaut werden. Zu diesem Zweck darf der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Einsicht in die Krankenunterlagen nehmen.

(3) Die Parteien der Pflegesatzvereinbarung (§ 18 Abs. 2) sind verpflichtet, durch entsprechende Bemessung des Krankenhausbudgets sicherzustellen, daß Fehlbelegungen abgebaut werden. Soweit Teile des Krankenhauses in Pflegeeinrichtungen umgewidmet worden sind, sollen in der Pflegesatzvereinbarung Regelungen getroffen werden, die einer möglichst nahtlosen Übernahme von Krankenhauspersonal durch die neuen Pflegeeinrichtungen förderlich sind.“

Artikel 15

Änderung des Bundessozialhilfegesetzes

Das Bundessozialhilfegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Januar 1991 (BGBl. I S. 94, 808), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 27 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 findet auch Anwendung, wenn Hilfe zur Pflege nur deshalb nicht gewährt wird, weil entsprechende Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch erbracht werden.“

2. § 68 wird wie folgt gefaßt:

„§ 68
Inhalt

(1) Personen, die wegen einer Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, ist Hilfe zur Pflege zu gewähren. Personen, die weniger als 6 Monate der Hilfe bedürfen oder einen geringeren Hilfebedarf als nach Satz 1 haben, kann Hilfe zur Pflege gewährt werden.

(2) Krankheit oder Behinderung im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Funktionsstörungen des zentralen Nervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung durch eine Pflegeperson mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, Zähneputzen, Kämmen, Haarwaschen, Rasieren, die Nagelpflege oder die Darm- und Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

(5) Dem Pflegebedürftigen sollen auch die Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden, die zur Erleichterung seiner Beschwerden wirksam beitragen. Um der Gefahr einer Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden.“

3. § 69 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Reicht im Falle des § 68 Abs. 1 häusliche Pflege aus, gelten die Absätze 2 bis 6. Leistungen nach

Absatz 2 werden insoweit nicht gewährt, als der Pflegebedürftige in der Lage ist, entsprechende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften in Anspruch zu nehmen.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Wartung und“ gestrichen und nach dem Wort „Pflege“ die Wörter „einschließlich der hauswirtschaftlichen Versorgung“ eingefügt.

bb) Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Ist neben oder anstelle der Pflege nach Satz 1 die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich oder eine Beratung oder zeitweilige Entlastung der Pflegeperson geboten, so sind die angemessenen Kosten zu übernehmen.“

c) Die Absätze 3 bis 6 werden wie folgt gefaßt:

„(3) Pflegebedürftige erhalten ein Pflegegeld, wenn sie bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Bei pflegebedürftigen Kindern ist der infolge Krankheit oder Behinderung gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind zusätzliche Pflegebedarf maßgebend. Zusätzlich zum Pflegegeld sind dem Pflegebedürftigen die Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson oder einer besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung zu erstatten, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist. Leistungen nach den Sätzen 1 und 3 werden nicht gewährt, soweit der Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhält. Auf das Pflegegeld sind Leistungen nach § 67 oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften mit 70 vom Hundert, Pflegegelder nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch jedoch in dem Umfang, in dem sie gewährt werden, anzurechnen.

(4) Das Pflegegeld beträgt 400 Deutsche Mark monatlich. Es erhöht sich auf 800 Deutsche Mark monatlich, wenn der Pflegebedürftige bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen, erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 1 200 Deutsche Mark monatlich. Bei teilstationärer Betreuung des Pflegebedürftigen kann das Pflegegeld angemessen gekürzt werden.

(5) Die Leistungen nach Absatz 2 Satz 2 und 3 werden neben den Leistungen nach Absatz 3 Satz 1 und 3 gewährt. Werden Leistungen nach Absatz 2 Satz 2 und 3 oder gleichartige Leistun-

gen nach anderen Rechtsvorschriften gewährt, kann das Pflegegeld um bis zu zwei Drittel gekürzt werden.

(6) Die Verordnung nach § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und die Richtlinien der Pflegekassen nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch finden zur Bestimmung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit und zur Abgrenzung und Höhe der Pflegegelder nach Absatz 3 und 4 entsprechende Anwendung."

4. Dem § 93 wird folgender Absatz angefügt:

„(3) Bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 81 des Elften Buches Sozialgesetzbuch richten sich Art, Inhalt, Umfang und Vergütung der ambulanten und stationären Pflegeleistungen sowie der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und der Zusatzleistungen in Pflegeheimen ausschließlich nach den Vorschriften des Achten Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch.“

Artikel 16

Änderung des Heimgesetzes

Das Heimgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. April 1990 (BGBl. I S. 763, 1069), wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt gefaßt:

„Zur Durchführung des § 2 kann das Bundesministerium für Familie und Senioren im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft, dem Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats Mindestanforderungen festlegen:

1. für die Räume, insbesondere die Wohn-, Aufenthalts-, Therapie- und Wirtschaftsräume sowie die Verkehrsflächen und die sanitären Anlagen,
2. für die Eignung des Leiters des Heims und der Beschäftigten.“

2. Nach § 4 d wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 4 e

Heimverträge mit Versicherten der sozialen Pflegeversicherung

(1) In Heimverträgen mit Versicherten der sozialen Pflegeversicherung bestimmen sich Art, Inhalt, Umfang und Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen, der Investitionszuschläge, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie von Zusatzleistungen ausschließlich nach den Vorschriften des Achten Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch. In den Heimverträgen sind die Leistungen des Trägers sowie die Leistungsvergütung für die Teilbereiche:

1. allgemeine Pflegeleistungen,
2. Investitionszuschläge,

3. Unterkunft und Verpflegung sowie

4. Zusatzleistungen

gesondert anzugeben.

(2) § 4 a Satz 2 und § 4 c gelten nicht für die in Absatz 1 genannten Verträge.

(3) Für Versicherte der sozialen Pflegeversicherung kann der Heimvertrag nach § 4 Abs. 1 mit Zustimmung des Versicherten auch von der zuständigen Pflegekasse mit dem Träger des Pflegeheims abgeschlossen werden. Der Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen (Pflegesatz) und der Investitionszuschläge ist gegen die zuständige Pflegekasse zu richten; soweit in § 101a des Elften Buches Sozialgesetzbuch nichts anderes bestimmt ist.“

3. § 5 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Das Bundesministerium für Familie und Senioren legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Wahl des Heimbeirats und die Bestellung des Heimfürsprechers sowie über Art, Umfang und Form ihrer Mitwirkung fest.“

4. § 8 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Das Bundesministerium für Familie und Senioren legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Art und Umfang der in den Absätzen 1 und 2 genannten Pflichten und das einzuhaltende Verfahren näher fest.“

5. Dem § 9 wird folgender Absatz angefügt:

„(4) Die für die Heimaufsicht zuständigen Behörden sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, dem Bundesministerium für Familie und Senioren auf Verlangen Auskunft über die Umstände zu erteilen, die sie für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch benötigen. Daten der Pflegebedürftigen dürfen den Beteiligten nach Satz 1 nur in anonymisierter Form übermittelt werden.“

6. § 14 wird wie folgt geändert:

a) In § 14 Abs. 7 Satz 1 werden hinter den Wörtern „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft“ die Wörter „und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ eingefügt.

b) Folgender Absatz 8 wird angefügt:

„(8) Absatz 2 Nr. 3 findet keine Anwendung auf Pflegeheime, die Anspruch auf Finanzierung ihrer betriebsnotwendigen Investitionen nach dem Achten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch haben. Absatz 2 Nr. 4 sowie Absatz 6 gelten nicht für Versicherte der sozialen Pflegeversicherung.“

Artikel 17

Änderung des Lastenausgleichsgesetzes

Das Lastenausgleichsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Juni 1993 (BGBl. I S. 845), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

1. § 267 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird der letzte Satz durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Pflegezulage von 50 Deutsche Mark monatlich erhöht sich, wenn Pflegezulage, Pflegegeld oder eine Pflegesachleistung nach anderen Vorschriften nicht gewährt wird, um 254 Deutsche Mark monatlich. Die Pflegezulage von 50, bei Heimunterbringung von 20 Deutsche Mark monatlich ist nicht zu gewähren, wenn Pflegebedürftige Pflegegeld oder eine Pflegesachleistung nach den Vorschriften des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder in den Fällen des § 276 Abs. 3a vergleichbare Leistungen von einem privaten Versicherungsunternehmen erhalten.“

- b) In Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 wird nach dem Wort „Pflegegelder,“ das Wort „Pflegesachleistungen,“ eingefügt.

- c) Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe c wird wie folgt gefaßt:

„Personen, die infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen so hilflos sind, daß sie nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen können, ein Freibetrag von 75 Deutsche Mark monatlich, es sei denn, sie erhalten Pflegegeld oder eine Pflegesachleistung nach den Vorschriften des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder vergleichbare Leistungen von einem privaten Versicherungsunternehmen;“

2. § 276 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift werden nach dem Wort „Krankenversorgung“ ein Komma und das Wort „Pflegeversicherung“ angefügt.

- b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz angefügt:

„(3a) Empfänger von Unterhaltshilfe, die bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung versichert sind und nach § 20 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch verpflichtet sind, zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit bei einem privaten Versicherungsunternehmen einen Versicherungsvertrag abzuschließen, erhalten für sich und ihre zuschlagsberechtigten Angehörigen als Teil der Unterhaltshilfe einen Zuschuß zu ihrer Versicherungsprämie. Als Zuschuß ist der Betrag zu gewähren, der als Beitrag bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 63 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zu zahlen wäre, höchstens jedoch die an das private Versicherungsunternehmen zu entrichtende Prämie.“

3. Nach § 285 wird folgender Paragraph eingefügt.

„§ 285 a

Bei Bezug von Entschädigungsrente und besonderer laufender Beihilfe gilt § 276 Abs. 3a entsprechend.“

Artikel 17 a

Änderung des Bundesbesoldungsgesetzes

Das Bundesbesoldungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. März 1992 (BGBl. I S. 409), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

Nach § 3 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 3 a

Ruhen des Anspruchs auf Besoldung

(1) Der Anspruch auf Besoldung ruht am ersten und zweiten Tag, an dem der Beamte, Richter oder Soldat für die gesamte Dauer seiner für diese Tage maßgebenden Dienstleistungspflicht wegen Dienstunfähigkeit infolge Krankheit gehindert ist, seine Dienstleistung zu erbringen. Satz 1 gilt für jeden Krankheitsfall, höchstens jedoch für sechs Tage im Kalenderjahr. Bezüge werden nur für die Teile des Anspruchszeitraums gezahlt, in denen der Anspruch auf Besoldung nicht nach Satz 1 ruht.

(2) Absatz 1 gilt nicht, wenn die Krankheit während der Schwangerschaft eintritt, auf einem Dienstunfall nach § 31 des Beamtenversorgungsgesetzes oder auf einer Wehrdienstbeschädigung oder auf einer gesundheitlichen Schädigung nach den §§ 81 bis 81 c des Soldatenversorgungsgesetzes beruht.

(3) Der Beamte, Richter oder Soldat kann das Ruhen des Anspruchs auf Besoldung nach Absatz 1 dadurch abwenden, daß er auf Erholungsurlaub oder auf Freistellung vom Dienst nach arbeitszeitrechtlichen Vorschriften im gleichen Umfang verzichtet. Dies gilt nicht, wenn der Anspruch auf Erholungsurlaub durch vorlesungs- und unterrichtsfreie Zeit abgegolten ist oder soweit der gesetzliche Jahresurlaub nach § 19 des Jugendarbeitsschutzgesetzes einschließlich des Zusatzurlaubes nach § 47 des Schwerbehindertengesetzes unterschritten würde. § 9 der Erholungsurlaubsverordnung und entsprechende landesrechtliche Vorschriften finden insoweit keine Anwendung.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten auch, wenn Urlaub für eine Heilkur oder Badekur gewährt wird.“

Artikel 17 b

Änderung des Bundesministergesetzes

Das Bundesministergesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. Juli 1971 (BGBl. I S. 1166), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

Nach § 11 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 11 a

**Ruhen des Anspruchs auf Amtsgehalt
und Ortszuschlag**

(1) Der Anspruch auf Amtsbezüge nach § 11 Abs. 1 Buchstabe a und b ruht an den ersten beiden vollen Tagen, an denen das Mitglied der Bundesregierung infolge Krankheit gehindert ist, sein Amt auszuüben. Satz 1 gilt für jeden Krankheitsfall, höchstens jedoch für sechs Tage im Kalenderjahr. Die Amtsbezüge werden nur für die Teile des Anspruchszeitraums gezahlt, in denen der Anspruch auf Amtsbezüge nicht nach Satz 1 ruht.

(2) Absatz 1 gilt nicht, wenn die Krankheit während der Schwangerschaft eintritt oder auf einem Dienstunfall im Sinne des § 17 beruht.“

Artikel 17 c

**Änderung des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse
der Parlamentarischen Staatssekretäre**

Das Gesetz über die Rechtsverhältnisse der Parlamentarischen Staatssekretäre vom 24. Juli 1974 (BGBl. I S. 1538), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

In § 7 wird nach der Angabe „§§ 2, 4 bis 8,“ die Angabe „11 a,“ eingefügt.

Artikel 17 d

Änderung des Abgeordnetengesetzes

Das Abgeordnetengesetz vom 18. Februar 1977 (BGBl. I S. 297), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

Artikel 17 e

Änderung des Flüchtlingshilfegesetzes

An § 15 des Flüchtlingshilfegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Mai 1971 (BGBl. I S. 681), zuletzt geändert durch Artikel 3 b des Gesetzes vom 24. Juli 1992 (BGBl. I S. 1389), wird folgender Satz angefügt:

„Bei Bezug einer besonderen laufenden Beihilfe gilt § 276 Abs. 3 a entsprechend.“

Artikel 18

Änderung des Bundesvertriebenengesetzes

Das Bundesvertriebenengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom ... 1993 (BGBl. I S., ...), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

In § 11 Abs. 1 werden die Wörter „mit Ausnahme der Leistungen nach den §§ 53 bis 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

Artikel 19

Änderung des Einkommensteuergesetzes

Das Einkommensteuergesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. September 1990 (BGBl. I S. 1898), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1 Buchstabe a wird wie folgt geändert:

aa) Nach dem Wort „Krankenversicherung“ werden ein Komma und die Wörter „aus einer Pflegeversicherung“ eingefügt.

bb) Nach dem Wort „Unfallversicherung“ wird das Komma durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung sind nur steuerfrei, wenn der Versicherungsschutz insgesamt nur Leistungen umfaßt, die nach Art und Höhe nicht über die Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung hinausgehen.“.

b) In Nummer 14 wird das Wort „Krankenversicherung“ durch die Wörter „Kranken- und Pflegeversicherung“ ersetzt.

2. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 Buchstabe a werden die Wörter „Kranken-, Unfall- und Haftpflichtversicherungen“ durch die Wörter „Kranken-, Pflege-, Unfall- und Haftpflichtversicherungen“ ersetzt.

bb) Am Ende von Nummer 2 Buchstabe b werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Buchstabe c angefügt:

„c) Beiträge zu einer freiwilligen Pflegezusatzversicherung“.

b) Am Ende des Absatzes 3 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„4. für Beiträge nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe c ein zusätzlicher Höchstbetrag von 360 Deutsche Mark für Steuerpflichtige, die nach dem 31. Dezember 1962 geboren sind.“

3. § 33 b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 wird Satz 3 wie folgt gefaßt:

„Für Behinderte, die hilflos im Sinne des Absatzes 6 sind, und für Blinde erhöht sich der Pauschbetrag auf 7 200 Deutsche Mark.“

b) In Absatz 6 wird Satz 1 durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Wegen der außergewöhnlichen Belastungen, die einem Steuerpflichtigen durch die Pflege einer Person erwachsen, die nicht nur vorübergehend hilflos ist, kann er an Stelle einer Steuerermäßigung nach § 33 einen Pauschbetrag von 1 800 Deutsche Mark im Kalenderjahr geltend machen (Pflege-Pauschbetrag). Hilflos im Sinne des Satzes 1 ist eine Person, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder einer Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muß, jedoch

eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist."

Artikel 20

Änderung des Umsatzsteuergesetzes

Das Umsatzsteuergesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. April 1993 (BGBl. I S. 565), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

In § 4 Nr. 16 Buchstabe d und e werden jeweils die Wörter „zwei Drittel“ durch die Wörter „40 vom Hundert“ ersetzt.

Artikel 21

Änderung des Bewertungsgesetzes

In § 111 Nr. 2 des Bewertungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Februar 1991 (BGBl. I S. 230), das zuletzt durch Artikel geändert worden ist, wird nach dem Wortbestandteil „Kranken-“ ein Komma und der Wortbestandteil „Pflege-“ eingefügt.

Artikel 22

Änderung des Versicherungssteuergesetzes

Das Versicherungssteuergesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 611-15, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel, wird wie folgt geändert:

In § 4 Nr. 5 werden nach den Wörtern „des Alters“ ein Komma und die Wörter „der Pflegebedürftigkeit“ eingefügt.

Artikel 23

Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes

Das Bundesausbildungsförderungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. Juni 1983 (BGBl. I S. 645, 1680), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 13 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 13a

Pflegeversicherungszuschlag

Für Auszubildende, die

1. nach § 18 Abs. 1 Nr. 14 oder 15 oder § 22 des Elften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind,
2. nach § 20 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bei einem privaten Versicherungsunternehmen einen Versicherungsvertrag abgeschlossen haben,

erhöhen sich die Beiträge nach § 12 Abs. 1 und 2, § 13 Abs. 1 für die Pflegeversicherung ab 1. Januar

1994 um monatlich 10 Deutsche Mark, ab 1. Januar 1996 um monatlich 15 Deutsche Mark."

2. In § 21 Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 wird nach dem Wortbestandteil „Kranken-“, der Wortbestandteil „Pflege-“, eingefügt.

Artikel 24

Änderung des Wohngeldgesetzes

In § 14 Abs. 3 des Wohngeldgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Februar 1993 (BGBl. I S. 183), zuletzt geändert durch, werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „und die Pflegeversicherung“ eingefügt.

Artikel 25

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

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

In § 51 Abs. 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit entscheiden auch über Streitigkeiten, die in Angelegenheiten nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch entstehen.“

Artikel 26

Änderung des Eignungsübungsgesetzes

Nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 53-5 veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch, wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 8a

Pflegeversicherung

(1) Die Teilnahme an einer Eignungsübung berührt eine bestehende Pflegeversicherung nicht.

(2) Für die Zeit der Teilnahme an einer Eignungsübung trägt der Bund die Hälfte des Beitrages zur sozialen Pflegeversicherung oder zahlt einen Prämienzuschuß für Privatversicherte entsprechend § 68 des Elften Buches Sozialgesetzbuch."

Artikel 27

Änderung des Unterhaltssicherungsgesetzes

§ 7 des Unterhaltssicherungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Dezember 1987 (BGBl. I S. 2614), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird nach der Angabe „3“ ein Komma und die Angabe „3a“ eingefügt.

- b) In Satz 2 wird nach der Angabe „Absatz 2 Nr. 2“ ein Komma und die Angabe „2a“ eingefügt.
2. Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- a) Nach der Nummer 2 wird folgende Nummer eingefügt:
- „2a. Ersatz der Beiträge zu einer privaten Pflegeversicherung zugunsten Wehrpflichtiger, für die keine Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung entrichtet werden;“.
- b) Nach der Nummer 3 wird folgende Nummer eingefügt:
- „3a. Ersatz der Beiträge zu einer privaten Pflegeversicherung zugunsten von Familienangehörigen ohne eigenes Einkommen“.

VIERTER TEIL

Überleitungs- und Schlußvorschriften

Artikel 28

Familienversicherung der Behinderten

Familienversicherung besteht auch für Behinderte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes die Voraussetzungen nach § 21 Abs. 2 Nr. 4, zweiter Halbsatz des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllen, diese aber erfüllt hätten, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte.

Artikel 29

Behandlung der bestehenden privaten Pflegeversicherungsverträge

(1) Versicherungsfrei ist, wer bei Inkrafttreten des Gesetzes bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert ist und für sich und seine Angehörigen, für die nach § 21 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Anspruch auf Familienversicherung bestünde, Vertragsleistungen erhält, die den Leistungen nach dem Vierten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch gleichwertig sind. Dies gilt nur, wenn der Vertrag mit dem Krankenversicherungsunternehmen vor dem 23. Juni 1993 abgeschlossen wurde. Verträge, die unzureichende Vertragsleistungen vorsehen, sind bis zum 31. Dezember 1994 an den Leistungsumfang der sozialen Pflegeversicherung anzupassen. § 20 Abs. 1 und 2 gilt.

(2) Die privaten Krankenversicherungsunternehmen haben die Personen, die gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert und nicht nach § 20 Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfrei sind, innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes zu ermitteln und dem Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen zu melden. Der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen hat die nach Satz 1 ermittelten Versicherungsnehmer unverzüglich dem Bundesver-

sicherungsamt zu melden. Die Meldung hat auch die Tatsache zu umfassen, ob ein ausreichender Versicherungsschutz im Sinne gleichwertiger Vertragsleistungen vereinbart ist.

(3) Die privaten Krankenversicherungsunternehmen haben ferner alle Versicherungsnehmer, die trotz Aufforderung ihren Versicherungsvertrag bis zum 31. Dezember 1994 nicht entsprechend Absatz 1 Satz 3 angepaßt haben, zu ermitteln und dem Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen bis zum 31. März 1994 zu melden. Der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen hat die nach Satz 1 ermittelten Personen dem Bundesversicherungsamt unverzüglich zu melden.

Artikel 30

Beitragsbemessung bei landwirtschaftlichen Unternehmern und mitarbeitenden Familienangehörigen

Bei der Ermittlung des Zuschlages, der auf den Krankenversicherungsbeitrag aus dem Arbeitseinkommen aus Land- und Forstwirtschaft zu zahlen ist, wird in der Zeit vom 1. Januar 1994 bis 30. Juni 1994 von dem ab 1. Juli 1993 geltenden Beitragssatz nach § 247 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgegangen. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung stellt die Höhe des Zuschlages zum 1. Oktober 1993 fest.

Artikel 31

Beitragsbemessung bei Wehr- und Zivildienstleistenden

Der Beitrag von Wehr- und Zivildienstleistenden, die bei Inkrafttreten des Gesetzes einberufen sind, bemißt sich entsprechend § 58 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nach dem Beitrag, der vor der Einberufung zuletzt zu entrichten gewesen wäre, wenn die Pflegeversicherung zu diesem Zeitpunkt bereits bestanden hätte.

Artikel 32

Bezieher von Pflegeleistungen nach den §§ 53 bis 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Pflegebedürftige Versicherte, die bis zum 31. Dezember 1993 Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit nach den §§ 53 bis 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten haben, haben bis zum 31. Juli 1994 bei der zuständigen Pflegekasse einen Antrag auf Pflegeleistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch zu stellen. Bis zur Entscheidung der Pflegekasse über den Antrag erhalten sie Leistungen nach dem Vierten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch in dem Umfang, der für Pflegebedürftige im Sinne des § 13 Abs. 1 Nr. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehen ist.

Artikel 33
Weitergeltung von Pflegesätzen

Die am 31. Dezember 1995 geltenden Vergütungen für stationäre Pflege bleiben bis zur erstmaligen Festlegung neuer Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach dem Achten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch wirksam. Soweit ein Pflegebedürftiger mit Inkrafttreten des Elften Buches Sozialgesetzbuch einen Anspruch auf stationäre Pflege nach Maßgabe des Vierten Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch erwirbt, erstattet die zuständige Pflegekasse ihm oder seinem bisherigen Kostenträger die nach Satz 1 fortgeltende Pflegevergütung, höchstens jedoch bis zu den im Vierten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorgegebenen Leistungsgrenzen. Voraussetzung ist, daß der Pflegebedürftige oder sein Kostenträger die Zahlung der dem Pflegeheim zustehenden Pflegevergütung an den Träger des Pflegeheims nachweist.

Artikel 34
Pflegegeld nach dem Bundessozialhilfegesetz

Pflegebedürftige, die bis zum 31. Dezember 1993 nach § 69 Abs. 4 Satz 2 Bundessozialhilfegesetz in der bis zum 31. Dezember 1993 geltenden Fassung Pflegegeld bezogen haben, erhalten das Pflegegeld insoweit weiter, als es den Pflegegeldanspruch nach § 33 des Elften Buches Sozialgesetzbuch übersteigt und die geltenden Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes den Leistungsbezug nicht ausschließen.

Bonn, den 24. Juni 1993

Dr. Wolfgang Schäuble, Michael Glos und Fraktion
Dr. Hermann Otto Solms und Fraktion

Artikel 35
Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1994 in Kraft, soweit in Absatz 2 oder Absatz 3 nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Am 1. Januar 1996 treten in Kraft:

1. Artikel 1 § 39,
2. Artikel 1 Siebtes und Aches Kapitel soweit darin die Beziehungen der Pflegekassen oder ihrer Verbände zu den Pflegeheimen (Artikel 1 § 78 Abs. 2) und die Vergütung der stationären Pflegeleistungen geregelt werden; dies gilt nicht, soweit Pflegeheime Kurzzeitpflege (Artikel 1 § 38) erbringen,
3. Artikel 2 Nr. 4 soweit Leistungen der vollstationären Pflege vorgesehen sind,
4. Artikel 19 Nr. 3 Buchstabe b.

(3) Artikel 23 tritt am 1. Januar 1994 mit der Maßgabe in Kraft, daß die darin bestimmten Änderungen:

1. bei Entscheidungen für Bewilligungszeiträume, die nach dem 31. Dezember 1993 beginnen, oder
2. auf Antrag von Beginn des Antragsmonats an zu berücksichtigen sind.

Begründung

Gliederung

A. Allgemeiner Teil

- I. Die Notwendigkeit der Absicherung des Pflegerisikos
- II. Die aktuelle Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Familien
- III. Die derzeitigen Regelungen der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit
- IV. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit in der ehemaligen DDR und die heutige Situation Pflegebedürftiger in den neuen Bundesländern
- V. Internationale Erfahrungen
- VI. Der Handlungsbedarf
- VII. Initiativen der Regierungskoalition
- VIII. Die Eckpunkte des Gesetzentwurfs der Koalition
- IX. Ausgleich der Belastungen der Wirtschaft

B. Besonderer Teil

Erläuterungen zu den einzelnen Vorschriften des Gesetzentwurfs

- C. Finanzielle Auswirkungen der sozialen Pflegeversicherung
- D. Preiswirkungsklausel
- E. Frauenpolitische Auswirkungen
- F. Anhang: Tabellen und Grafiken

A. Allgemeiner Teil

I. Die Notwendigkeit der Absicherung des Pflegerisikos

Der Gesetzentwurf der Koalition zielt darauf ab, die soziale Absicherung von Pflegebedürftigen umfassend zu verbessern.

Trotz der in den letzten Jahren erreichten Fortschritte, insbesondere durch

- die Einführung der Krankenkassenleistungen bei häuslicher Pflege durch das Gesundheits-Reformgesetz 1988,
- die Steuererleichterungen für Pflegebedürftige und Pflegepersonen aufgrund der Steuerreform 1990,
- die Berücksichtigung von Pflegezeiten in der Rentenversicherung mit der Rentenreform 1992,

ist die soziale Absicherung der Pflegebedürftigen immer noch unbefriedigend.

Pflegebedürftigkeit führt heute für die Betroffenen und ihre Angehörigen zu großen physischen, psychischen und finanziellen Belastungen. Einen sozialversicherungsrechtlichen Schutz wie im Falle der Krankheit gibt es trotz der zwischen Pflege und Krankheit oftmals fließenden Grenzen nicht. Die mit der Pflege verbundenen Belastungen müssen vielmehr grundsätzlich der Pflegebedürftige und seine Familie tragen. Sie sind oft so groß, daß sie die individuelle Leistungsfähigkeit überfordern.

Der Pflegebedürftige selbst ist bei lebensnotwendigen Verrichtungen des täglichen Lebens auf fremde Hilfe angewiesen. Wenn seine Angehörigen diese Hilfeleistungen ganz oder teilweise erbringen, verlangt dies von ihnen erhebliche persönliche Opfer, auch in finanzieller Hinsicht. Häufig müssen die Pflegepersonen wegen des zeitlichen Aufwandes für die Pflege eine Erwerbstätigkeit einschränken oder aufgeben. Damit erleiden sie auch Einbußen bei ihrer sozialen Absicherung, nicht zuletzt in ihrer Alterssicherung.

Deshalb droht die Bereitschaft zur häuslichen Pflege zurückzugehen mit der Folge, daß die Pflegebedürftigen zunehmend auf stationäre Pflege angewiesen sind. Die Pflegebedürftigen und ihre Familien sind aber in aller Regel nicht in der Lage, die Kosten der stationären Pflege aufzubringen. In den alten Bundesländern müssen deshalb rund 80 v. H. der stationär versorgten Pflegebedürftigen Sozialhilfe in Anspruch nehmen, in den neuen Bundesländern sind es fast 100 v. H.

Dieser hohe Anteil von Sozialhilfeempfängern bei den Pflegebedürftigen widerspricht den Grundsätzen unseres Systems der sozialen Sicherung. Die Sozialhilfe soll nur subsidiär, im Ausnahmefall, zur Behebung individueller Notlagen eintreten, wenn die übrigen Sozialleistungssysteme im *Einzelfall* keinen ausreichenden Schutz gewährleisten und keine ausreichenden Eigenmittel zur Verfügung stehen. Die Sozialhilfe soll bei sozialen Risiken aber nicht — wie gegenwärtig bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit — zur *Regelleistung* werden (vgl. Graphik 1.3 und Übersicht 3.1 im Anhang).

Diese systemwidrige Finanzierung führt zu hohen und ständig steigenden Ausgaben der Sozialhilfe, die die

Finanzkraft der Sozialhilfeträger, insbesondere der Kommunen, überfordern (vgl. Graphiken 2.1 und 2.2 im Anhang).

Hinzu tritt die soziale Nivellierung, die mit der Regelfinanzierung über die Sozialhilfe verbunden ist. Der Pflegebedürftige wird zum Taschengeldempfänger, auch wenn er in einem erfüllten Arbeitsleben jahrzehntelang Beiträge und Steuern zum Ausbau unseres sozialen Sicherungssystems entrichtet hat. Zusätzlich kann der Sozialhilfeträger unterhaltspflichtige Angehörige zur Kostenerstattung heranziehen. Diese Nivellierung beeinträchtigt nicht nur die Leistungsbereitschaft des einzelnen. Sie gefährdet auch die Akzeptanz unserer Wirtschafts- und Sozialordnung insgesamt.

Die künftige demographische Entwicklung ist durch steigende Lebenserwartung und Zunahme des Anteils der über 75jährigen an der Wohnbevölkerung gekennzeichnet (vgl. Graphik 1.1 im Anhang). Diese Altersgruppe ist in erhöhtem Maße vom Risiko der Pflegebedürftigkeit betroffen (vgl. Graphik 1.2 im Anhang). Der Bevölkerungsanteil jüngerer Menschen, die pflegen können, nimmt ab. Veränderungen in den Lebensbedingungen und familiären Beziehungen führen zu einer weiteren Zunahme der Kleinfamilien und Einpersonenhaushalte (vgl. Graphik 1.4 im Anhang). Diese gesellschaftlichen Entwicklungen erschweren die häusliche Pflege. Sie verstärken die Notwendigkeit, die soziale Absicherung der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen auf tragfähige Grundlagen zu stellen.

Zugleich muß die noch unzureichende Pflegeinfrastruktur weiter auf- und ausgebaut werden, denn die Pflege braucht ein durch ambulante soziale Dienste sowie teilstationäre und stationäre Einrichtungen gestütztes sicheres Fundament (vgl. Graphiken 5.1 bis 5.3 im Anhang).

Mit dem Gesundheits-Reformgesetz vom 20. Dezember 1988 hat die Regierungskoalition von CDU/CSU und F.D.P. bereits einen wichtigen Schritt getan, um die Rahmenbedingungen für die häusliche Pflege zu verbessern. Schwerpflegebedürftige erhalten danach Urlaubspflege bis zu 1 800,— DM jährlich und häusliche Pflegehilfe bis zu 750,— DM oder Pflegegeld in Höhe von 400,— DM monatlich. Diese Leistungen werden von den Schwerpflegebedürftigen in hohem Maße angenommen (vgl. Graphik 3.2 im Anhang).

Die Koalition hatte bereits im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform erklärt, daß weitere Schritte „im Sinne einer umfassenden Lösung“ folgen müßten (vgl. Regierungsentwurf eines Gesundheits-Reformgesetzes — BT-Drucksache 11/2237, Seite 156).

Dementsprechend haben sich die Regierungsparteien in der Koalitionsvereinbarung vom 16. Januar 1991 darauf verständigt, die soziale Absicherung bei Pflegebedürftigkeit in dieser Wahlperiode grundlegend neu zu gestalten und die Situation Pflegebedürftiger nachhaltig zu verbessern. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird dieses Versprechen eingelöst.

II. Die aktuelle Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Familien

1. Allgemeines

a) Pflegebedürftigkeit — kein Einzelschicksal

Pflegebedürftigkeit hat sich im Laufe der Jahre zu einem allgemeinen Lebensrisiko entwickelt. Sie kann jeden jederzeit treffen. Heute leben 450 000 pflegebedürftige Menschen in Pflegeheimen und 1,2 Millionen zu Hause. In 20 Jahren werden voraussichtlich 500 000 in Pflegeheimen und 1,4 Millionen zu Hause mit Pflegeleistungen versorgt werden müssen.

Der Anteil Pflegebedürftiger an der Gesamtbevölkerung in den einzelnen Altersgruppen beträgt:

- 0,5—0,7 v. H.
bis zum 60. Lebensjahr,
- 5,0 v. H.
vom 60.—80. Lebensjahr,
- 20,0 v. H.
nach dem 80. Lebensjahr.

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit bleibt also über die ersten Jahrzehnte des Lebens hinweg konstant niedrig und wird ab dem 60. Lebensjahr mit zunehmendem Alter größer. Dies drückt sich auch in den absoluten Zahlen aus. 400 000 Pflegebedürftige sind jünger als 60 Jahre. 660 000 Pflegebedürftige kommen aus den zahlenmäßig starken Jahrgängen der 60-80jährigen. Bei den über 80jährigen benötigen 580 000 Menschen Pflege. Jüngsten Untersuchungen zufolge sind von allen 80-84jährigen 11,5 v. H. aller Frauen und 8,7 v. H. aller Männer, von allen über 85jährigen 28,2 v. H. aller Frauen und 21,1 v. H. aller Männer pflegebedürftig.

Die Zahl der betagten Menschen wird in Zukunft weiter anwachsen: Voraussichtlich wird bis zum Jahr 2010 die Zahl der über 60jährigen um 3,8 Millionen Menschen steigen. Schon heute hat ein 60jähriger Mann noch eine durchschnittliche Lebenserwartung von 17,3 Jahren, eine gleichaltrige Frau von 21,7 Jahren. Immer mehr Menschen werden älter als 80 Jahre und erreichen damit ein Alter mit einem höheren Risiko der Pflegebedürftigkeit; dabei darf selbstverständlich nicht fälschlicherweise unterstellt werden, daß Alter zugleich Pflegebedürftigkeit bedeutet. Nicht pflegebedürftig, sondern kompetent und selbstständig bei den Verrichtungen des täglichen Lebens sind

von allen 60—70jährigen	98 v. H.,
von allen 70—80jährigen	89 v. H.,
von allen 80—90jährigen	70 v. H.,
von allen über 90jährigen noch	60 v. H.

Es ist also völlig falsch zu glauben, im gleichen Maß wie die Zahl der älteren Mitbürger würde auch die der Pflegebedürftigen steigen. Die Älteren werden jünger, sie werden jünger in ihrer gesundheitlichen Verfassung. Sie sind vitaler. Ein 70jähriger des Jahres 93 hat heute oft den Gesundheitszustand eines 60jährigen von vor 10 Jahren. Die Häufigkeit der

Pflegebedürftigkeit schiebt sich also, bezogen auf das Lebensalter, eindeutig nach oben.

Zur Situation der zu Hause lebenden hilfs- und pflegebedürftigen Menschen wurde 1980 die Studie „Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger“, die sogenannte Sozialdata-Studie, veröffentlicht (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, Band 80). Neuere Erkenntnisse lieferte die Untersuchung „Hilfs- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten“, die im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren durchgeführt und 1992 veröffentlicht wurde.

b) Begriff der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig ist derjenige, der bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens mehr oder weniger hilflos und deshalb auf die Hilfe Dritter angewiesen ist. Zu den Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens gehören:

- im Bereich der Körperpflege
das Waschen, Duschen, Baden, Zähneputzen, Kämmen, Haarewaschen, Rasieren, die Nagelpflege oder die Darm- und Blasenentleerung;
- im Bereich der Ernährung
das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung;
- im Bereich der Mobilität
das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung;
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung
das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Pflegebedürftigkeit hat zur Folge, daß die notwendigen Verrichtungen ganz oder teilweise von Dritten ausgeführt werden müssen. Die Hilfe kann aber auch darin bestehen, den Pflegebedürftigen zu beaufsichtigen oder anzuleiten, damit er die Verrichtungen selbständig ausführt.

c) Übergang von Krankheit zur Pflegebedürftigkeit

Für die Akutbehandlung der zur Pflegebedürftigkeit führenden Erkrankungen stehen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung. Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Nur ein Teil der Erkrankungen ist zugleich auch mit Pflegebedürftigkeit verbunden; es ist dann Aufgabe und Ziel der Krankenbehandlung, sich auch der begleitenden

Pflegebedürftigkeit anzunehmen, sie also zu heilen oder zu lindern.

Bei der *Krankenhausbehandlung* sind derartige Pflegeleistungen integrierter Bestandteil der Krankenhauspflege und werden von der Krankenkasse im Pflegesatz mit abgedeckt.

Für den Fall, daß die Behandlung einer Krankheit im häuslichen Umfeld durch den niedergelassenen Arzt erfolgt, sieht § 37 Abs. 1 SGB V eine zeitlich beschränkte Verpflichtung der Krankenkasse zur Übernahme auch pflegerischer Leistungen vor. Danach erhalten Versicherte neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird.

Die eine Krankenhausbehandlung ersetzende häusliche Krankenpflege umfaßt die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht grundsätzlich bis zu vier Wochen je Krankheitsfall.

Nach § 37 Abs. 2 SGB V kann häusliche Krankenpflege auch zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung gewährt werden. Die Krankenkassen können in ihren Satzungen bestimmen, daß zusätzlich zur Pflichtleistung Behandlungspflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht wird.

Reichen die ärztlich verordneten Maßnahmen im Krankenhaus oder zu Hause nicht aus, um Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang mit einer Krankheit zu beseitigen oder zu mindern, sind geeignete zusätzliche Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation durchzuführen. Nach einem vom Arzt verantworteten Behandlungsplan arbeiten beispielsweise Krankengymnasten und Sprachtherapeuten mit den Patienten, um Krankheitsfolgen einschließlich Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken und den Patienten wieder in Beruf und Gesellschaft einzugliedern. Kostenträger der medizinischen Rehabilitation sind neben den Krankenkassen in der Hauptsache die Träger der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung.

Sind die Möglichkeiten der Krankenbehandlung einschließlich der häuslichen Krankenpflege und der medizinischen Rehabilitation erschöpft, hat der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen keinen krankenversicherungsrechtlichen Anspruch mehr auf eine Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens. Die große Lücke bei der Versorgung mit Pflegeleistungen entsteht somit dann, wenn die medizinische Akutbehandlung und die daran anknüpfende medizinische Rehabilitation abgeschlossen sind, Krankenbehandlung nicht mehr möglich oder notwendig ist und dennoch ein erheblicher Hilfebedarf bei den Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer besteht.

d) Behinderung und Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit im Sinne von Hilfebedarf bei den täglich wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens ist abzugrenzen von einer Behinderung.

Behinderungen sind gekennzeichnet durch einen vollständigen oder teilweisen Verlust normaler Körperfunktionen, die durch weitere medizinische Behandlung nicht mehr besserungsfähig sind. Hilflosigkeit bei den Verrichtungen des täglichen Lebens im Sinne von Pflegebedürftigkeit besteht nur bei sehr ausgeprägten Behinderungen. Daher ist nur ein Teil der behinderten Menschen pflegebedürftig. Bei rd. 6,5 Millionen Menschen besteht ein Grad der Behinderung von mindestens 50 (Schwerbehinderte). Erheblich, schwer- und schwerstpflegebedürftig sind aber in der gesamten Bundesrepublik insgesamt nur 1,65 Millionen Menschen. Dieses Zahlenverhältnis unterstreicht die Notwendigkeit, zwischen Behinderung und Pflegebedürftigkeit sorgfältig zu unterscheiden.

e) Auswirkungen des gesellschaftlichen Wandels auf die Versorgung Pflegebedürftiger

Rund 90 v. H. der zu Hause lebenden pflegebedürftigen Menschen werden von Familienangehörigen versorgt. Damit ist die Familie nach wie vor der „größte Pflegedienst der Nation“.

Die Pflege durch die Familie wird aber durch folgende Entwicklungen zunehmend gefährdet:

- Immer weniger Menschen der älteren Generation haben Nachkommen im mittleren Lebensalter, die die Pflege der Eltern übernehmen können.
- Die hohe Lebenserwartung der älteren Menschen in Kombination mit einer geringen Kinderzahl führt häufig dazu, daß eine Pflegeperson die eigenen Eltern oder die des Ehepartners nacheinander oder gleichzeitig pflegen muß.
- Immer mehr alte Menschen leben nach dem Tod des Ehegatten oder wegen Ehelosigkeit oder Scheidung allein. Gegenwärtig führen in den alten Bundesländern 3,4 Millionen Menschen im Alter von 65 und mehr Jahren einen Einpersonenhaushalt. Soweit Angehörige am selben Ort wohnen, beschränkt sich die Pflege meist nur auf gelegentliche Hilfestellungen.
- Berufstätigkeit und gleichzeitige Pflege von Angehörigen führen auf Dauer zu einer kaum tragbaren Belastung; diese trifft vor allem Frauen.
- Der Arbeitsmarkt verlangt eine hohe Mobilität der Arbeitnehmer. Mögliche Pflegepersonen aus dem Kreis der Familie leben deshalb häufig räumlich getrennt von ihrem pflegebedürftigen Angehörigen und fallen für die Pflege ganz aus.
- Viele Wohnungen sind für die Versorgung Pflegebedürftiger nicht geeignet. Entweder steht für die Pflege eines alten Menschen kein geeigneter Raum zur Verfügung, die Miete geeigneter Räume ist wegen der angespannten Lage auf dem Wohnungsmarkt zu teuer oder die vorhandenen Räume, wie z. B. das Badezimmer, lassen sich nicht pflegegerecht umbauen.

Die Familien selbst schätzen ihren Hilfebedarf wie folgt ein: Etwa 1/3 der Pflegehaushalte wünscht sich

zusätzliche Hilfen. Am häufigsten wird eine zeitweilige Ablösung bei der Pflege gewünscht (57 v. H.), danach eine Urlaubsvertretung (47 v. H.), Hilfe bei der Körperpflege (44 v. H.) und Hilfen bei der Hausarbeit (41 v. H.).

2. Pflegebedürftigkeit in verschiedenen Lebensabschnitten

a) Kindesalter

Pflegebedürftigkeit im Kindesalter ist häufig die Folge schwerer, bei der Geburt erlittener Erkrankungen. Dazu gehören z. B. die vom Gehirn ausgehenden Lähmungen als Folge von Sauerstoffmangelzuständen (Cerebralpareesen), erblich bedingte Abbauerkrankungen der Muskulatur oder des Nervensystems (hereditäre degenerative Erkrankungen) sowie Mißbildungen der Knochen und Gelenke (Skelett Dysplasien).

Viele der pflegebedürftigen Kinder haben bei sorgfältiger medizinischer Betreuung heute eine Lebenserwartung von 50 und mehr Jahren.

Bei Klein- und Schulkindern sind Unfälle mit schweren Gehirnverletzungen eine häufige Ursache der Pflegebedürftigkeit. Etwa 20 Kinder erleiden täglich Lähmungen oder bleibende Veränderungen der Persönlichkeit als Folgen von Verkehrsunfällen.

b) Mittlere Generation

Auch im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter sind Unfälle — besonders Verkehrsunfälle — Ursache von Pflegebedürftigkeit. Querschnittslähmungen mit Bewegungsunfähigkeit der Arme und Beine oder der Verlust von Großhirnfunktionen (apallisches Syndrom) lösen häufig eine aufwendige und lebenslange Pflegebedürftigkeit aus. Im Endstadium der AIDS-Erkrankung kommt es häufig zu Pflegebedürftigkeit mit Bettlägerigkeit und völliger Hilflosigkeit bei der Essenzubereitung und Körperpflege.

c) Ältere Generation

Bei der älteren Generation ab etwa 65 Jahren führen die akut oder chronisch auftretenden Erkrankungen mit einem Teilverlust der Gehirnfunktionen am häufigsten in die Pflegebedürftigkeit. In der Bundesrepublik leben ca. 600 000 Menschen mit den Folgen eines Schlaganfalles. Jedes Jahr erkranken etwa 150 000 Menschen neu. Etwa 25 v. H. der aus der Akutklinik entlassenen Schlaganfall-Patienten sind als pflegebedürftig einzustufen. Sie benötigen dauernde Hilfen oder Überwachung. Weitere 28 v. H. brauchen wenigstens zeitweise Hilfen bei alltäglichen Verrichtungen.

Es besteht wenig Hoffnung, daß sich die als Ursachen von Pflegebedürftigkeit genannten vielfältigen

Krankheiten zu einem erheblichen Anteil in absehbarer Zeit verhüten lassen. Um so mehr gilt es, durch den Ausbau der Rehabilitationsmöglichkeiten die Folgen dieser Krankheiten zu mindern, insbesondere den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu verhindern, zu verzögern oder das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit zu vermindern.

3. Ambulante Versorgung Pflegebedürftiger

a) Pflege durch Angehörige und die Belastung der Familien

Die Mehrheit der Bevölkerung (80 v. H.) möchte für den Fall der Pflegebedürftigkeit zu Hause versorgt werden. Die Pflege zu Hause übernehmen meist die Ehefrauen, Mütter und Töchter. 75 v. H. der Hauptpflegepersonen sind Frauen. Der tägliche Zeitaufwand für den Pflegebedürftigen beträgt im Mittel sechs bis neun Stunden. Ein Teil der Pflegebedürftigen kann auch in der Nacht nicht alleine gelassen werden.

Pflegebedürftigkeit besteht in der Regel über mehrere Jahre hinweg. Die Mehrzahl der pflegebedürftigen Menschen wird zwischen drei und zehn Jahre lang gepflegt. Die mittlere Pflegedauer beträgt sechs Jahre. Etwa $\frac{1}{4}$ der Pflegepersonen ist trotz der mit der Pflege verbundenen Belastungen halb- oder ganztags erwerbstätig.

Die Belastungen für pflegende Angehörige sind vielfältig. Dazu gehören insbesondere:

- die Notwendigkeit ständiger Anwesenheit;
- die fehlende Hoffnung auf eine Veränderung der Situation und die Angst vor einer Zunahme der Pflegebedürftigkeit;
- die Verwirrheitszustände vieler Patienten;
- die Notwendigkeit, den Pflegebedürftigen immer wieder zu reinigen sowie Stuhl- und Harnausscheidungen zu beseitigen;
- die Sorge der Pflegepersonen, den zahlreichen anderen familiären Ansprüchen nicht gewachsen zu sein;
- die mangelnde Unterstützung durch die ambulanten Dienste.

Unzureichend ausgestattete Wohnungen erhöhen die Belastungen. Viele Hindernisse wie zu kleine Räume, Stufen, zu schmale Türen oder das Fehlen technischer Hilfsmittel erschweren die Arbeit der pflegenden Angehörigen und der ambulanten Dienste zusätzlich. 1985 waren in den alten Bundesländern etwa 7 v. H. der Pflegehaushalte ohne Bad oder Dusche, über 27 v. H. der Pflegehaushalte besaßen keine Sammelheizung. In 3 bis 4 v. H. der Pflegewohnungen gab es nicht einmal eine Inntoilette.

Nicht selten führen diese vielfältigen, schweren und über Jahre getragenen Belastungen anschließend zur Pflegebedürftigkeit der Pflegeperson.

b) Pflege durch freigemeinnützige ambulante Dienste

Anfang der 70er Jahre begann in allen alten Bundesländern der Aufbau von Sozialstationen. Sie haben neben sozialen Dienstleistungen die Aufgabe, die ambulante Pflege zu verbessern und insbesondere spezielle Pflegeleistungen bei der Krankenpflege zu erbringen. Die über 4 000 Sozialstationen werden in der Hauptsache von den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege und den Kommunen getragen.

Eine typische Sozialstation beschäftigt etwa 8 bis 10 hauptamtliche Pflegefachkräfte. In der Regel sind dies Krankenschwestern oder Altenpflegerinnen. Zivildienstleistende, junge Menschen im Freiwilligen Sozialen Jahr und andere Helferinnen und Helfer unterstützen die Pflegefachkräfte und werden für die hauswirtschaftliche Versorgung und einfache Pflegeleistungen eingesetzt. Sie haben mehr Zeit für Gespräche mit den Pflegebedürftigen.

Die Mitarbeiter der Sozialstationen besuchen etwa 80 v. H. der von ihnen versorgten Menschen einmal, ca. 15 v. H. zweimal und nur ca. 5 v. H. dreimal pro Werktag. Etwa die Hälfte der betreuten Patienten lebt allein, bei einem weiteren Viertel sind die Angehörigen tagsüber abwesend.

Für die Vergütung der häuslichen Pflegeleistungen der Sozialstationen gibt es verschiedene Kostenträger. Die Krankenkassen zahlen im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtungen, insbesondere bei häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V sowie bei den häuslichen Pflegehilfen nach den §§ 53 ff. SGB V. Die Entgelte je Pflegeeinsatz liegen in den alten Bundesländern bei 30,— DM, in den neuen Ländern noch bei 20,— DM.

Ein Teil der Patienten, der nicht versichert ist oder bei dem die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse nicht gegeben ist, bezahlt die häuslichen Pflegeleistungen der Sozialstationen selbst. Soweit sie diese Kosten nicht selbst aufbringen können, übernimmt der örtliche Träger der Sozialhilfe die Zahlungen.

In zunehmendem Maße übernehmen neben den Sozialstationen auch private ambulante Pflegedienste die Versorgung zu Hause lebender Menschen. Dem entsprechend schließen die Krankenkassen oder ihre Verbände auch Verträge mit privaten Anbietern (Pflegedienste und Einzelpersonen) ab.

Trotz aller Fortschritte empfinden viele Angehörige die Hilfe der ambulanten Dienste als unzureichend. Aus Befragungen und Erhebungen ergeben sich vor allem folgende Versorgungsmängel:

- Die Sozialstationen versorgen überwiegend Pflegebedürftige mit hohem Hilfebedarf. Dadurch werden die Angehörigen entweder erst sehr spät entlastet oder die Pflegebedürftigen ziehen in ein Pflegeheim zu einem Zeitpunkt, zu dem bei einem besseren Leistungsangebot eine qualitativ gute und ausreichende ambulante Versorgung möglich wäre.
- In der Nacht sind die Sozialstationen nicht, am Wochenende nur sehr eingeschränkt erreichbar.

- Die durchschnittliche Zeitdauer für einen Hausbesuch beträgt nur 20 Minuten. Für ein Gespräch bleibt nur nebenbei, für aktivierende Pflege bleibt keine Zeit.
- In vielen Städten und Gemeinden verhindert Konkurrenzverhalten Absprachen über die jeweils zu versorgenden Stadtteile und über die zeitliche Verteilung der Einsatzbereitschaft.

c) Pflege durch private ambulante Dienste

In den zurückliegenden 4 bis 5 Jahren hat sich parallel zu den Sozialstationen ein wachsendes Angebot privater Pflegedienste entwickelt. Inzwischen können die privaten Pflegedienste mit den gesetzlichen Krankenkassen Verträge über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe sowie über die Erbringung häuslicher Pflegehilfe abschließen. Allerdings klagen die privaten Pflegedienste über teilweise zu hohe Zulassungsvoraussetzungen der Krankenkassen (z. B. mehrere Mitarbeiter schon in der Startphase).

Die privaten Pflegedienste erhalten keine staatliche Förderung und unterliegen keiner Landes- oder Kommunalplanung. Im Gegensatz zu den Sozialstationen können eventuelle Defizite nicht durch andere Finanzierungsquellen (Spenden, Mitgliedsbeiträge für den Träger u. ä.) ausgeglichen werden. Die gesetzlichen Bestimmungen schließen die Beschäftigung von Zivildienstleistenden und jungen Menschen im Freiwilligen Sozialen Jahr aus. Die privaten Pflegedienste fühlen sich deshalb gegenüber den Sozialstationen benachteiligt.

d) Ergänzende Hilfsdienste in der ambulanten Versorgung

Mahlzeitendienste, Angebote für hauswirtschaftliche Versorgung und Besuchsdienste können für die Aufrechterhaltung der selbständigen Lebensführung der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen von großer Bedeutung sein. Sie sind auch dazu geeignet, die hauptamtlichen Pflegedienste von einfachen Verrichtungen der hauswirtschaftlichen Versorgung zu entlasten.

4. Stationäre Versorgung Pflegebedürftiger

Etwa 450 000 Menschen werden heute in Deutschland stationär gepflegt. 88 v. H. der Pflegebedürftigen sind 65 Jahre und älter; 63 v. H. haben das 80. Lebensjahr vollendet. Das Durchschnittsalter der Pflegeheimbewohner liegt also bei über 80 Jahren. Der Anteil der Hochbetagten wächst weiter.

Die Verweildauer im Heim beträgt bei einem Eintrittsalter von 60 bis 65 Jahren rd. sechs Jahre. Sie sinkt mit steigendem Eintrittsalter, beträgt aber auch bei einem Eintrittsalter von 80 bis 85 Jahren im Durchschnitt noch rd. vier Jahre.

Mit dem zunehmenden Alter der Pflegebedürftigen wächst regelmäßig der Pflegebedarf, so daß immer mehr Pflegeheimbewohner eine aufwendige pflegerische Versorgung in den oberen Pflegeklassen benötigen. Etwa die Hälfte der Menschen in den Pflegeheimen ist der aufwendigsten Pflegeklasse zuzuordnen. Die Anforderungen an die Mitarbeiter im Pflegeheim steigen dementsprechend.

Die Gesamtsituation der pflegebedürftigen Menschen in den Heimen wird in der Studie von W. Krug und G. Reh „Pflegebedürftige in Heimen — Statistische Erhebungen und Ergebnisse“ dargestellt (Schriftenreihe des BMFuS, Band 4, 1992).

Die Kosten für einen Platz in einem Pflegeheim im alten Bundesgebiet liegen derzeit in der Mehrzahl der Heime zwischen 2 500,— und 5 000,— DM monatlich, in Einzelfällen auch bei 6 000,— DM. Dies entspricht tagesweise berechneten Pflegesätzen von etwa 80,— DM bis ca. 170,— DM bzw. bis zu 200,— DM. Im Bundesdurchschnitt lagen die Pflegesätze im Jahr 1992 bei 3 600,— DM monatlich. Die große Bandbreite beruht zwar auch auf je nach Land unterschiedlichen Bemessungskriterien für die Pflegesätze und der unterschiedlichen Investitionsfinanzierung. Entscheidend ist aber der unterschiedliche Pflegebedarf. Nach dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit werden in den Pflegesatzvereinbarungen (zum Teil bis zu vier verschieden definierte) Pflegeklassen gebildet. Dem Pflegeaufwand in den Pflegestufen entsprechend, steigt der Pflegesatz von der niedrigsten zur höchsten Klasse an. In diese unterschiedlich ausgestalteten Berechnungen geht die von Land zu Land unterschiedliche Bemessung der Investitionskostenanteile mit weiteren Differenzierungen ein. Unterschiedlich sind neben der Höhe der Eigenbeteiligung der Träger insbesondere Art und Höhe der den Pflegesatz beeinflussenden Investitionshilfen der Länder (teils Zuschüsse, teils zinslose oder zinsgünstige Darlehen), die bei der internen Pflegesatzkalkulation zugrundegelegten Ausgangswerte sowie die Abschreibungszeiten (20, 30, 50, 65 Jahre). Die Folge ist, daß die Investitionskostenanteile im Pflegesatz von Land zu Land und auch landesintern zwischen rd. 10 v. H. und über 25 v. H. variieren.

5. Versorgung durch Einrichtungen der Tages- oder Kurzzeitpflege

Tagespflegeeinrichtungen sind für pflegebedürftige Menschen vorgesehen, die aufgrund körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen nicht in der Lage sind, allein in ihrer Wohnung zu leben und tagsüber der Unterstützung bedürfen, ansonsten aber von ihren Familien oder anderen Personen zu Hause gepflegt werden.

Durch die Tagespflege wird erreicht, daß

- tagsüber eine angemessene Pflege und Betreuung sichergestellt ist,
- die Angehörigen wirksam entlastet werden und auch ihrer Berufstätigkeit nachgehen können,

- die soziale Kommunikation des Pflegebedürftigen gefördert oder erhalten wird und
- die Möglichkeit einer aktivierenden Pflege und medizinischen Rehabilitation zur Minderung der Pflegebedürftigkeit besteht.

Der Bedarf an Tagespflegeplätzen wird auf 0,25 bis 0,30 v. H. der Zahl der über 65jährigen in der Bevölkerung geschätzt. Das entspricht einem Bedarf von rd. 34 000 Tagespflegeplätzen.

1991 gab es aber nur ca. 100 Einrichtungen mit ca. 1 500 Plätzen in den alten Bundesländern. Tagespflegeeinrichtungen in den neuen Bundesländern sind bisher nicht bekannt. Die Folge dieses geringen Angebotes sind vermeidbare vollstationäre Aufenthalte Pflegebedürftiger und fehlende Entlastungsmöglichkeiten für die Angehörigen.

In *Kurzzeitpflege* werden pflegebedürftige Menschen über einen begrenzten Zeitraum vollstationär versorgt.

Kurzzeitpflege hat vor allem die Aufgabe,

- bei einer vorübergehenden Verschlimmerung des Pflegezustandes einen dauernden Pflegeheimaufenthalt zu vermeiden,
- bei Erkrankung der Hauptpflegeperson diese vorübergehend zu entlasten,
- den Pflegepersonen einen Urlaub zu ermöglichen.

In den alten Bundesländern gibt es nur rd. 2 600 ganzjährig verfügbare Kurzzeitpflegeplätze in 223 Einrichtungen. Genaue Bedarfswerte liegen nicht vor, doch rechnet allein das Land Nordrhein-Westfalen mit einem konkreten Bedarf von ca. 3 500 Kurzzeitpflegeplätzen.

Wie bei der Tagespflege gibt es auch bei der Kurzzeitpflege eine breite Versorgungslücke. Eine spürbare Entlastung der pflegenden Angehörigen und damit eine wirksame Ergänzung der häuslichen Pflege durch Tages- oder Kurzzeitpflege ist vorerst noch nicht zu erreichen.

6. Pflegefachkräfte in Pflegeeinrichtungen und -diensten

Der in vielen ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen anzutreffende Mangel an Pflegekräften tritt sehr unterschiedlich auf: am meisten fehlen examinierte Pflegefachkräfte. Die Zahlen der den Arbeitsämtern gemeldeten offenen Stellen stiegen im Zeitraum von 1985 bis 1990 bei den Krankenschwestern um das Fünffache, bei den Altenpflegerinnen um das Sechsfache. Vielfach können die Träger der Pflegedienste und -einrichtungen auch nicht die benötigten Hilfskräfte und Zivildienstleistenden gewinnen. Trotz eines neuen Höchststandes von rd. 114 000 Zivildienstleistenden blieben im Jahr 1992 rd. 40 000 Stellen unbesetzt.

Abnehmende Jahrgangsstärken und die zurückgehenden Zahlen Auszubildender sind wesentliche Ursachen dafür, daß der Bedarf an Pflegekräften aus

den nachwachsenden Jahrgängen nicht gedeckt werden kann. Die Pflegeberufe büßen gegenüber vielen leichter und angenehmer erscheinenden Tätigkeiten an Anziehungskraft ein: Pflege ist eine körperlich anstrengende und psychisch belastende Arbeit. Starre Arbeitsorganisation, wenig flexible Dienstzeiten sowie kaum vorhandene Fortbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten verleiden auch manchen engagierten Pflegekräften die Fortsetzung ihrer Pflegetätigkeit. Aus diesen Gründen verlassen junge Pflegekräfte ihren Beruf häufig schon nach drei bis vier Jahren, um mit den erworbenen Kenntnissen und Fertigkeiten eine Berufstätigkeit ohne die genannten Nachteile in der Wirtschaft oder bei niedergelassenen Ärzten zu finden.

Weil diese Entwicklung die Versorgung Pflegebedürftiger durch Pflegeeinrichtungen und -dienste gefährdet, sind Maßnahmen der Politik, der Träger von Pflegeeinrichtungen und der Sozialpartner notwendig, um die Attraktivität der Altenpflegeberufe zu steigern. Dazu gehören eine bundeseinheitliche Ausbildung für Altenpflegerinnen und Altenpfleger ebenso wie verbesserte Rahmenbedingungen für Pflegekräfte. Insbesondere flexiblere und familienfreundlichere Dienstzeiten, Teilzeitarbeitsplätze und Betreuungsmöglichkeiten für Kinder (Plätze in Kindergärten oder Kindertagesstätten) tragen maßgeblich dazu bei, zusätzliche Kräfte für die Pflege zu gewinnen. Notwendig sind die Rückgewinnung von examinierten Fachkräften sowie die Ausbildung oder Umschulung von Frauen, die im Anschluß an ihre Familienphase wieder erwerbstätig werden wollen. Besonders im häuslichen Bereich lassen sich, weil viele Pflegebedürftige nur ein- bis zweimal täglich Hilfe benötigen, vergleichsweise einfach Arbeitsbedingungen schaffen, die Frauen gut mit familiären Anforderungen in Einklang bringen können.

7. Dringlicher Änderungsbedarf durch die Pflegeversicherung

Mit der gesetzlichen Absicherung der Pflegebedürftigkeit müssen die Voraussetzungen für eine neue Kultur der Pflege und des Helfens geschaffen werden. In allen Fällen, in denen durch zusätzliche und medizinische Maßnahmen der Prävention und der Rehabilitation Pflegebedürftigkeit nicht verhindert oder gemindert werden kann, muß die Pflege unter umfassend verbesserten Rahmenbedingungen durchgeführt werden können.

Vordringlich ist die Situation für die häusliche Pflege zu verbessern. Dazu muß die Pflege als eine in Familie und Gesellschaft unverzichtbare menschenwürdige Versorgung Hilfebedürftiger anerkannt werden, die vor allem durch die Gewährung bedarfsorientierter Pflegesach- und -geldleistungen sowie die soziale Sicherung von häuslichen Pflegepersonen unterstützt wird. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen sollen praktische Erleichterungen bringen. Wo dies notwendig oder gewünscht wird, muß für die Familie oder die große Zahl der alleinstehenden Menschen ein verbessertes und breiter gefächertes professionelles Pflegeangebot bereitstehen. Mehr als bisher hat sich die

Pflege — wo immer möglich — als aktivierende Pflege zur Rehabilitation jedes Pflegebedürftigen zu verstehen. In der Nacht, am Wochenende und während der Urlaubszeit muß der Bedarf nach weiteren Pflegeleistungen gedeckt werden können. Vor allem zur Entlastung der Familien müssen dringend mehr Tages- und Kurzzeitpflegeplätze geschaffen werden.

Für die vollstationäre Pflege muß eine ausreichende Anzahl von Pflegeplätzen vorrangig in Pflegeheimen bereitstehen; umgewidmete Krankenhausbetten sind in die Pflegeversorgung einzubeziehen. Die Pflegeangebote im ambulanten, teilstationären und vollstationären Bereich sind untereinander und mit dem medizinischen Behandlungsangebot zu koordinieren. Für die praktische Umsetzung ist von besonderer Bedeutung, daß diese Verbesserungen den nur eingeschränkt handlungsfähigen Pflegebedürftigen und den durch die Pflege belasteten Pflegepersonen durch überschaubare Organisationsstrukturen schnell und komplikationslos zur Verfügung stehen.

Ohne gut aus- und fortgebildete Pflegefachkräfte in hinreichender Zahl wird eine umfassende Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger nicht gelingen. Daher sind — unabhängig von der Pflegeversicherung, aber im sachlichen Zusammenhang mit ihr — auch gesetzliche Regelungen zur Aus- und Fortbildung einschließlich Umschulung in die Berufe der Altenpflege dringlich.

III. Die derzeitigen Regelungen der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

In mehreren Bereichen unseres Systems der sozialen Sicherheit gibt es bereits Leistungen für Pflegebedürftige. Eine Übersicht über die Anzahl der Empfänger von Pflegeleistungen in den verschiedenen Bereichen und über den Gesamtaufwand bei den einzelnen Kostenträgern befindet sich im Anhang unter 3.1.

1. Entschädigungsregelungen

a) Gesetzliche Unfallversicherung

In der gesetzlichen Unfallversicherung sind insbesondere Arbeitnehmer, Kindergartenkinder, Schüler und Studenten versichert. Wer infolge eines Arbeits- oder Wegeunfalles oder einer Berufskrankheit pflegebedürftig wird, erhält folgende Leistungen:

- Hauspflege, die durch einen Krankenpfleger, eine Krankenschwester oder auf andere geeignete Weise erbracht wird (§ 558 Abs. 2 Nr. 1 RVO); eine Begrenzung der Kosten ist nicht vorgesehen.
- Anstaltspflege durch Gewährung von Unterhalt und Pflege in einer geeigneten Anstalt, sofern der Pflegebedürftige nicht widerspricht (§ 558 Abs. 2 Nr. 2 RVO); auch hier ist eine Begrenzung der Kosten nicht vorgesehen.
- Pflegegeld, das anstelle der Hauspflege oder Anstaltspflege gewährt werden kann (§ 558 Abs. 3 RVO); es beträgt in den alten Bundesländern ab

dem 1. Juli 1992 zwischen 488,— DM und 1 951,— DM, in den neuen Bundesländern zwischen 300,— DM und 1 200,— DM. Das Pflegegeld wird je nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen festgesetzt.

b) Bundesversorgungsgesetz (BVG)

Kriegsopferversorgung

Für Personen, die durch Krieg, militärischen oder militärähnlichen Dienst gesundheitlich beschädigt und aus diesem Grunde pflegebedürftig sind, enthält das soziale Entschädigungsrecht insbesondere folgende Leistungen:

- Pflegezulagen bei häuslicher Pflege, die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit *in sechs Stufen* gestaffelt sind und seit Juli 1992 in den alten Bundesländern zwischen 435,— DM und 2 161,— DM, in den neuen Bundesländern zwischen 287,— DM und 1 428,— DM betragen (§ 35 Abs. 1 BVG).
- Die Pflegezulage wird in den Fällen, in denen die Pflege im häuslichen Bereich durch eine Fremdkraft aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet wird, um den Betrag erhöht, der zur Deckung der angemessenen Pflegekosten führt. Eine betragsmäßige Begrenzung ist nicht vorgesehen.
- Bei stationärer Pflege werden sowohl die Kosten für Unterkunft und Verpflegung als auch die reinen Pflegekosten unter Anrechnung der Versorgungsbezüge des Beschädigten übernommen. Eine Anrechnung erfolgt jedoch nur in begrenztem Umfang, so daß dem Beschädigten von seinen Versorgungsbezügen ein Betrag in Höhe der Grundrente eines Erwerbsunfähigen, ggf. einschließlich der Alterszulage, verbleibt (§ 35 Abs. 7 BVG). Das sind in den alten Bundesländern zwischen 196,— DM (MdE 30 v. H.) und 1 028,— DM (MdE 100 v. H.), in den neuen Bundesländern zwischen 129,— DM und 679,— DM monatlich.
- Für Pflegepersonen, die unentgeltlich und nicht nur vorübergehend die Pflege eines Pflegezulagenempfängers übernommen haben, wird Krankenbehandlung gewährt (§ 10 Abs. 4 Buchstabe b BVG). Nach einer mehr als 20 Jahre dauernden unentgeltlichen Pflege erhält der hinterbliebene Ehegatte zusätzlich zur Hinterbliebenenrente einen Pflegeausgleich.

Kriegsopferfürsorge

Die Kriegsopferfürsorge dient der Ergänzung der Kriegsopferversorgung, ist jedoch einkommens- und vermögensabhängig. Insofern ist sie vergleichbar mit der Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz. Bei der Bemessung der Leistungen sind jedoch die Einkünfte eingeschränkter als nach dem Bundessozialhilfegesetz zu berücksichtigen. So bleiben z. B. Grundrenten und Schwerstbeschädigtenzulagen sowie Wohngeld, Sterbegeld und Weihnachts- und

Neujahrsgratifikationen bis zu 400,— DM außer Betracht.

Als Hilfen zur Pflege sind nach § 26 c BVG vorgesehen:

- die Erstattung der Aufwendungen der Pflegepersonen, die Gewährung von Beihilfen, die Übernahme der Beiträge für Pflegepersonen zu einer angemessenen Alterssicherung, soweit diese nicht anderweitig sichergestellt ist, sowie — falls erforderlich — die Übernahme der Kosten für eine besondere Pflegekraft;
- bei besonderer Pflegebedürftigkeit ein Pflegegeld zwischen 351,— DM und 956,— DM, in den neuen Bundesländern zwischen 255,— DM und 696,— DM (Stand 1. Juli 1992).

Sonstige soziale Entschädigungsregelungen

Weitere Bundesgesetze sehen die gleichen Versorgungs- und Fürsorgeleistungen in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes und damit auch Leistungen bei Pflegebedürftigkeit z. B. bei Impfschäden oder für Opfer einer Straftat vor. Dies sind u. a.: das Bundes-Seuchengesetz, das Opferentschädigungsgesetz, das Häftlingshilfegesetz, das 1. SED-Unrechtsbereinigungsgesetz, das Soldatenversorgungsgesetz und das Zivildienstgesetz.

c) Lastenausgleichsgesetz

Das Lastenausgleichsgesetz will für Schäden und Verluste, die u. a. durch Zerstörungen und Vertreibungen in der Kriegs- und Nachkriegszeit entstanden sind, einen Ausgleich nach den Grundsätzen der sozialen Gerechtigkeit herbeiführen. Es sieht unter gewissen Voraussetzungen auch für Pflegebedürftige Vergünstigungen vor, beispielsweise eine Pflegezulage in Höhe von 254,— DM.

2. Dienstrechtliche Regelungen

a) Beamtenversorgungsgesetz

Das Beamtenversorgungsgesetz (BeamtVG) regelt die Versorgung der Beamten, Richter und Soldaten oder deren Hinterbliebenen u. a. für den Ruhestand oder bei Verletzungen durch einen Dienstunfall.

Wird ein Beamter, Richter oder Soldat aufgrund eines Dienstunfalles pflegebedürftig, erhält er nach den §§ 33, 34 BeamtVG und der dazu ergangenen Heilverfahrensverordnung die Kosten einer notwendigen Pflege in angemessenem Umfang erstattet, bei ambulanter Pflege die Kosten einer Berufspflegekraft in notwendigem Umfang. Alternativ hierzu werden die Kosten für eine Pflege durch Familienangehörige bis zur Höhe der Kosten einer Berufspflegekraft gezahlt. Vorher nicht berufstätige Angehörige erhalten 50 v. H. der Kosten einer Berufspflegekraft. Ein pauschales Pflegegeld ist nicht vorgesehen.

Im Falle stationärer Pflege werden die Heimkosten einschließlich der Unterbringungs- und Verpflegungskosten erstattet, wobei im Haushalt ersparte Aufwendungen angerechnet werden. Nach Eintritt in den Ruhestand ist dem Verletzten auf Antrag anstelle der Kostenerstattung für die Dauer der Hilflosigkeit ein Zuschlag zum Unfallruhegehalt zu gewähren.

b) Beihilferecht des Bundes

Aufgabe der Beihilfe des Dienstherrn ist es, finanzielle Sonderbelastungen u. a. in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen zu lindern, die nicht allein aus den Dienstbezügen und einer selbst finanzierten privaten Krankenversicherung bestritten werden können.

Nach den Beihilfavorschriften des Bundes erhalten aktive Beamte, Richter, Soldaten und Versorgungsempfänger sowie deren Ehegatten und (nach dem Bundesbesoldungsgesetz beim Ortszuschlag) berücksichtigungsfähige Kinder zu den notwendigen und angemessenen beihilfefähigen Aufwendungen Beihilfen in folgendem Umfang:

50 v. H. bei aktiven Beamten,

70 v. H. bei aktiven Beamten mit zwei und mehr berücksichtigungsfähigen Kindern,

70 v. H. bei Versorgungsempfängern,

70 v. H. bei Ehegatten des Beamten oder Versorgungsempfängers und

80 v. H. bei Kindern.

Leistungen sind sowohl bei häuslicher als auch bei stationärer Pflege vorgesehen.

Bei *ambulanter* Pflege sind die Kosten für Berufspflegekräfte beihilfefähig. Wenn ein naher Angehöriger die häusliche Pflege erbringt und hierfür eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgibt, so ist die für die Pflege gezahlte Vergütung ebenfalls beihilfefähig. Dies gilt nicht bei Pflege durch Ehegatten oder Eltern.

Im übrigen wird bei ständiger häuslicher Pflege durch nahe Angehörige — auch bei Pflege durch Ehegatten und Eltern — ein pauschales Pflegegeld in Höhe von 400,— DM monatlich gezahlt, wenn dadurch eine sonst erforderliche dauernde Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung vermieden wird und der Einsatz von Berufspflegekräften entfällt.

Bei *stationärer* Pflege sind die pflegebedingten Kosten beihilfefähig. Auch die Kosten für Unterbringung und Verpflegung sind beihilfefähig, soweit sie den vom Betroffenen zu tragenden sogenannten Selbstbehalt übersteigen. Der Selbstbehalt beträgt bei Alleinstehenden mit körperlicher Erkrankung 60 v. H., bei geistiger Erkrankung 80 v. H. der Dienst- oder Versorgungsbezüge, bei nicht Alleinstehenden je nach Zahl der Angehörigen 150,— DM bis 200,— DM.

c) Beihilferecht der Länder

Die bei Pflegebedürftigkeit vorgesehenen Beihilfen stimmen in allen Bundesländern mit denen des Bundes im wesentlichen überein.

3. Beihilfeleistungen für Abgeordnete

Nach § 27 Abs. 1 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Deutschen Bundestages (Abgeordnetengesetz) erhalten Mitglieder des Bundestages und Personen, die nach diesem Gesetz Versorgungsansprüche haben, Beihilfen in sinngemäßer Anwendung der Beihilfevorschriften des Bundes. Die Abgeordneten können anstelle von Beihilfeleistungen Zuschüsse zu ihren Krankenversicherungsbeiträgen in Anspruch nehmen. Hiervon hat aber nur ein Fünftel Gebrauch gemacht, so daß vier Fünftel der Abgeordneten Beihilfeleistungen erhalten. Entsprechende Regelungen gelten für Landtagsabgeordnete (außer in Hamburg) und Europaabgeordnete.

4. Sozialversicherungsrechtliche Regelungen

a) Gesetzliche Krankenversicherung

Im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ist mit dem Gesundheits-Reformgesetz eine neue Leistung, die häusliche Pflegehilfe für zu Hause versorgte schwerpflegebedürftige Versicherte, eingeführt worden. Schwerpflegebedürftige Versicherte erhalten seit dem 1. Januar 1989 Urlaubspflege bei Verhinderung der Pflegeperson für maximal 4 Wochen, begrenzt auf 1 800,— DM pro Jahr (§ 56 SGB V) und seit dem 1. Januar 1991 häusliche Pflegehilfe als Sachleistung bis zu 25 Pflegeeinsätzen pro Monat zu je 1 Stunde, begrenzt auf 750,— DM monatlich; statt der Sachleistung kann eine Geldleistung in Höhe von 400,— DM monatlich gewählt werden (§ 55 und § 57 SGB V).

Im Jahre 1989 wurde in 45 605 Fällen Urlaubspflege bewilligt, in den folgenden Jahren bis 1992 einschließlich bewegte sich die Zahl der Bewilligungen zwischen 82 448 und 92 162. Neben der Urlaubspflege wurden in den Jahren 1991 und 1992 in insgesamt 817 455 Fällen Anträge auf laufende Leistungen positiv beschieden, davon in 131.290 Fällen Sach- und in 686 165 Fällen Geldleistungen. Der Anteil der Geldleistungen an den laufenden Leistungen ging im Jahre 1992 im Vergleich zum Vorjahr von 86,35 v. H. auf 79,19 v. H. zurück, dementsprechend stieg der Sachleistungsanteil von 13,65 v. H. auf 20,81 v. H.

b) Gesetzliche Rentenversicherung

Pflegebedürftige erhalten von der Rentenversicherung weder spezielle Geld- noch Rentenleistungen, auch ein Pflegegeld wird nicht gezahlt. Für Personen, die *nicht erwerbsmäßig* Pflege leisten, sieht das Ren-

tenreformgesetz 1992 für Pflegezeiten ab dem 1. Januar 1992 folgende Regelungen vor:

— Sofern die Pflegeperson nachweislich für die Pflege des Pflegebedürftigen regelmäßig wöchentlich mindestens 10 Stunden aufwendet, wird die Zeit der häuslichen Pflege auf Antrag als Berücksichtigungszeit anerkannt (§ 57 Abs. 2 SGB VI). Berücksichtigungszeiten wirken sich anders als Beitragszeiten nur in den folgenden vier Fällen zugunsten des Versicherten aus:

1. bei der Berechnung der 35jährigen Wartezeit für eine vorzeitige Altersrente (§ 50 Abs. 5, § 51 Abs. 3 SGB VI),
2. zur Aufrechterhaltung eines Anspruchs auf eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (§ 43 Abs. 3 SGB VI),
3. bei der Gesamtbewertung von beitragsfreien Zeiten (§ 71 Abs. 3 SGB VI) und
4. bei der Erfüllung der 35jährigen Mindestversicherungszeit für eine Rente nach Mindestentgeltpunkten (§ 262 SGB VI).

— Freiwillige Beiträge von Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig häuslich pflegen, sind auf Antrag Pflichtbeiträgen gleichgestellt. Pflegepersonen, die ihre Erwerbstätigkeit wegen der Pflegetätigkeit eingeschränkt haben, können auf Antrag zusätzlich zu Pflichtbeiträgen aus der Erwerbstätigkeit freiwillige Beiträge bis zur Höhe ihres bisherigen Arbeitsentgelts zahlen, um ein Absinken des erreichten Rentenniveaus zu vermeiden. Mit Hilfe dieser Beitragszeiten kann ein Anspruch auf eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit oder auf eine vorzeitige Altersrente an Frauen erworben werden (§ 177 SGB VI).

c) Arbeitsförderungsgesetz

Nach dem Arbeitsförderungsgesetz (AFG) erhält Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe nur derjenige, der der Arbeitsvermittlung *uneingeschränkt* zur Verfügung steht. Pflegepersonen erhalten auch dann Arbeitslosengeld bzw. Arbeitslosenhilfe, wenn sie wegen der Pflege dem Arbeitsmarkt nur für eine beitragspflichtige Teilzeitbeschäftigung zur Verfügung stehen (§ 103 Abs. 1 Satz 2 und 3 AFG).

5. Landespflegegeldgesetze

In den Ländern Berlin, Brandenburg, Bremen und Rheinland-Pfalz sehen Landesgesetze für pflegebedürftige Personen pauschale, einkommensunabhängige Pflegegelder vor. Für stationäre Pflege sind keine besonderen Leistungen vorgesehen.

a) Berlin

In Berlin gehören nach dem Gesetz über Pflegeleistungen vom 10. Mai 1962 alle mindestens erheblich Pflegebedürftigen zum berechtigten Personenkreis. Das Pflegegeld ist in sechs Stufen gestaffelt. Sie liegen zur Zeit zwischen 350,— DM und 1 613,— DM (Westteil Berlins) sowie zwischen 201,— DM und 952,— DM (Ostteil Berlins) monatlich. Bei stationärer Pflege von mehr als einmonatiger Dauer ruht die Pflegegeldleistung oder sie wird gekürzt, wenn die Kosten der Unterbringung von einem öffentlich-rechtlichen Kostenträger übernommen werden.

b) Brandenburg

Das Brandenburgische Gesetz über die Leistung von Pflegegeld an Schwerbehinderte vom 8. Mai 1992 sieht die Gewährung von Pflegegeld zum Ausgleich der durch die Behinderung bedingten Mehraufwendungen ohne Rücksicht auf Einkommen und Vermögen vor.

Der Anspruch besteht für Schwerbehinderte nach Vollendung des 1. Lebensjahres. Schwerbehinderte in Anstalten, Heimen und gleichartigen Einrichtungen erhalten jedoch kein Pflegegeld nach diesem Gesetz.

Das Pflegegeld wird in Höhe der im Land Brandenburg geltenden Sätze des Pflegegeldes nach § 69 Abs. 4 Satz 2 des Bundessozialhilfegesetzes gewährt. Es kann angemessen gekürzt werden, wenn der Schwerbehinderte eine Einrichtung der teilstationären Betreuung besucht.

c) Bremen

Das Bremische Gesetz über die Gewährung von Pflegegeld an Blinde und Schwerstbehinderte vom 31. Oktober 1972 sieht ein Pflegegeld für Schwerpflegebedürftige in Höhe von derzeit 750,— DM monatlich, bei jugendlichen Schwerpflegebedürftigen unter 18 Jahren in Höhe von 375,— DM vor. Bei stationärer Unterbringung, deren Kosten von einem öffentlich-rechtlichen Träger übernommen werden, wird das Pflegegeld um bis zu 50 v. H. gekürzt. Das Pflegegeld kann versagt werden, wenn und soweit es nicht laufend für behinderungsbedingte Mehraufwendungen verwendet wird.

d) Rheinland-Pfalz

In Rheinland-Pfalz erhalten Schwerpflegebedürftige nach dem Landesgesetz über die Leistung von Pflegegeld an Schwerbehinderte vom 31. Oktober 1974 zur Zeit 750,— DM monatlich, Jugendliche unter 18 Jahre 375,— DM. Pflegebedürftige in Anstalten, Heimen und gleichartigen Einrichtungen erhalten kein Pflegegeld.

6. Private Pflegeversicherung

Die Privatversicherungsunternehmen bieten seit 1985 Tarife zur Pflegeversicherung an. Dabei kann bei den Krankenversicherungsunternehmen eine Pflegeetagegeld- oder eine Pflegekosten-Versicherung, bei den Lebensversicherungsunternehmen eine Pflegerentenversicherung abgeschlossen werden.

Bei der *Pflegeetagegeld-Versicherung* erhält der Versicherte ein vereinbartes Tagegeld unabhängig von entstandenen Kosten, die Höhe hängt vom Grad der Pflegebedürftigkeit ab. Bei Pflege durch Familienangehörige oder Nachbarn sehen manche Tarife eine Kürzung des Pflegeetagegeldes vor.

Die *Pflegekosten-Versicherung* erstattet im Rahmen bestimmter Höchstsätze einen im gewählten Tarif festgelegten Prozentsatz der Kosten, die durch die Einschaltung professioneller Pflegekräfte entstehen. Für Aufwendungen im Rahmen der Pflege durch Ehegatten, Angehörige oder im Haushalt lebende Personen sieht die Pflegekosten-Versicherung *keine* Leistungen vor.

Sowohl Pflegeetagegeld- als auch Pflegekosten-Versicherung leisten bei pflegebedürftigen Kindern erst ab Vollendung des 5. Lebensjahres.

Wer sich für eine *Pflegerentenversicherung* entscheidet, erhält von dem Lebensversicherungsunternehmen eine Pflegerente, deren Höhe vom Grad der Pflegebedürftigkeit abhängt. Die Pflegerentenversicherung sieht unterschiedliche Tarife und Leistungen für Frauen und Männer vor. Ein Vertragsabschluß ist erst ab Vollendung des 18. Lebensjahres möglich.

Seit September 1992 wird erstmals eine Pflegerentenversicherung in obligatorischer Verbindung mit einer Kapitallebensversicherung angeboten. Das Alter der Versicherungsnehmer kann zwischen 15 und 60 Jahre liegen. Die jährliche Pflegerente beträgt 36 v. H. der Grundversicherungssumme der Kapitallebensversicherung. Für eine Absicherung von 2 000 DM monatlich ist damit eine Grundversicherungssumme von 66 700 DM erforderlich. Für eine monatliche Pflegerente von 2 000 DM werden — zusätzlich zu den Prämien der Kapitallebensversicherung — folgende Prämien erhoben:

Eintrittsalter	Männer	Frauen
20 Jahre	20 DM	27 DM
30 Jahre	29 DM	41 DM
40 Jahre	48 DM	67 DM
50 Jahre	90 DM	130 DM
60 Jahre	145 DM	213 DM

Alle privaten Pflegeversicherungen sehen eine Wartezeit von drei Jahren vor. Erst nach Ablauf dieser Zeit werden Leistungen gewährt. Die Pflegebedürftigkeit muß von einem von dem Versicherungsunternehmen benannten Arzt festgestellt werden. Dabei legt der Arzt einen 6-Punkte-Katalog zugrunde, der undifferenziert die Hilfen beim

- Aufstehen und Zubettgehen,
- An- und Auskleiden,
- Waschen, Kämmen, Rasieren,
- Essen und Trinken,
- Stuhlgang,
- Wasser lassen

jeweils mit einem Punkt bewertet. Es gelten folgende Pflegestufen:

Pflegestufe I bei drei Punkten, Pflegestufe II bei vier Punkten, Pflegestufe III bei fünf Punkten und Pflegestufe IV bei sechs Punkten. Die Höhe des Pflegegeldes richtet sich nach der Pflegestufe, die der Arzt für den Pflegebedürftigen feststellt. In der Pflegestufe I zahlen einige Unternehmen kein Pflegegeld. Die Pflege- rentenversicherungen sehen nur drei Stufen der Pflegebedürftigkeit vor. Je nach Pflegestufe zahlen sie 40, 70 oder 100 v. H. der im Vertrag festgelegten Rente.

Die Prämien sind grundsätzlich risikobezogen, das heißt abhängig vom Eintrittsalter, vom Geschlecht und vom Gesundheitszustand des einzelnen. Die Tarife der Versicherungsgesellschaften sind sehr unterschiedlich. Für die angebotenen Pflegetagegeld- versicherungen gilt: Im Durchschnitt hat eine Frau im Eintrittsalter von 29 Jahren für 1 500,— DM Pflege- geld monatlich 33,— DM zu zahlen, ein gleichaltriger Mann 27,— DM. Bei einem Eintrittsalter von 59 Jahren liegen die Prämien für eine Frau bei 116,— DM, für einen Mann bei 97,— DM. Das Höchstaufnahmealter liegt bei den meisten Versicherungen bei 60 Jahren. Prämien sind für jede versicherte Person zu zahlen, eine prämienfreie Mitversicherung von Kindern und nicht erwerbstätigen Ehegatten ist nicht vorgesehen.

Die privaten Versicherungen können wegen des Gesundheitszustandes des Versicherungsnehmers Risikozuschläge vorsehen und im Einzelfall auch den Vertragsabschluß ablehnen. Hat ein Versiche- rungsnehmer bei Vertragsabschluß eine gesund- heitliche Beeinträchtigung verschwiegen, kann die Versicherung vom Vertrag zurücktreten. Bei den privaten Krankenversicherungen haben bisher rund 200 000 Personen eine Pflegeversicherung abge- schlossen.

Steuerliche Anreize zum Abschluß privater Pflegever- sicherungen bestehen nur in ganz geringem Umfang im Rahmen der steuerlichen Absetzung von Vorsorge- aufwendungen nach § 10 Einkommensteuergesetz (EStG). Diese sind jedoch beschränkt auf 2 610,— DM jährlich bei Ledigen und 5 220,— DM jährlich bei Verheirateten und im Regelfall bereits durch die Sozialversicherungsbeiträge ausgeschöpft. Echte steuerliche Anreize für den Abschluß privater Pfl- geversicherungen bestehen nur für Selbständige, denen ein Vorwegabzug vom zu versteuernden Ein- kommen für Vorsorgeaufwendungen in Höhe von 6 000,— DM für Ledige und 12 000,— DM für Verhei- ratete jährlich eingeräumt ist und die darüber hinaus noch Vorsorgeaufwendungen geltend machen kön- nen.

7. Steuerrechtliche Regelungen

a) für Pflegebedürftige

Der Bezug von Pflegeleistungen (Pflegesachleistun- gen, Pflegegeldern, Pflegezulagen) ist für die Pflege- bedürftigen einkommensteuerfrei (§ 3 Nr. 1 a, Nr. 6, Nr. 7, Nr. 11 EStG).

Ein Pflegebedürftiger kann grundsätzlich die gesam- ten pflegebedingten Aufwendungen als außerge- wöhnliche Belastung nach § 33 EStG geltend machen. Ist er so hilflos, daß er für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ab- lauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang fremder Hilfe dauernd bedarf, kann er statt dessen einen Pauschbetrag nach § 33 b EStG in Höhe von 7 200,— DM beanspruchen. Darüber hinaus kann er nach § 33 a Abs. 3 EStG Aufwendungen für hauswirt- schaftliche Dienstleistungen bis zu 1 800,— DM abzie- hen. Werden die hauswirtschaftlichen Dienstleistun- gen im Rahmen eines sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses erbracht, sind die Aufwendun- gen nach § 10 Abs. 1 Nr. 8 EStG bis zu 12 000,— DM abzugsfähig.

b) für Pflegepersonen

Wird die Pflege gegen steuerpflichtiges Entgelt gelei- stet, kann die Pflegeperson die damit zusammenhän- genden Aufwendungen von den Einnahmen abzie- hen. Wird die Pflege unentgeltlich in der Wohnung der Pflegeperson oder des Pflegebedürftigen gelei- stet, hat die Pflegeperson Anspruch auf einen Pflege- Pauschbetrag in Höhe von 1.800,— DM nach § 33 b Abs. 6 EStG, wenn die Aufwendungen im Zusammen- hang mit der Pflege zwangsläufig erwachsen. Dies ist in der Regel nur dann der Fall, wenn zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigem ein verwand- schaftliches Verhältnis besteht.

8. Bundessozialhilfegesetz

Das zur Behebung individueller Notlagen geschaf- fene Bundessozialhilfegesetz (BSHG) stellt im Falle der Pflegebedürftigkeit das unterste, nur bei Bedürf- tigkeit und nachrangig greifende Auffangnetz im System der sozialen Sicherung dar.

- Bei *leichter* Pflegebedürftigkeit werden die ange- messenen *Aufwendungen* für die Pflege durch Familienangehörige oder Nachbarn erstattet (z. B. Fahrkosten). Zusätzlich können angemessene Bei- hilfen gewährt (z. B. Taschengeld oder Verdienst- ausfallentschädigung für die Pflegeperson) und Beiträge der Pflegeperson für eine angemessene Alterssicherung übernommen werden, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist.

Ist neben oder anstelle der Pflege durch Angehö- rige, Freunde und Nachbarn die Heranziehung einer berufsmäßigen Pflegekraft erforderlich, so sind die angemessenen Kosten hierfür zu überneh- men.

- Bei *erheblicher* Pflegebedürftigkeit wird ein pauschales Pflegegeld gewährt. Es beträgt ab 1. Juli 1992 351,— DM in den alten bzw. 255,— DM in den neuen Bundesländern und erhöht sich bei *außergewöhnlicher* Pflegebedürftigkeit auf maximal 953,— DM bzw. 696,— DM. Die Entscheidung über die konkrete Höhe des Pflegegeldes trifft das Sozialamt nach Lage des Einzelfalles. Schwerstbehinderte, deren Pflegebedürftigkeit den Stufen III bis VI nach § 35 Abs. 1 Nr. 2 BVG entspricht, erhalten den Höchstbetrag.
- Anders als bei leichter Pflegebedürftigkeit besteht bei erheblicher Pflegebedürftigkeit ein Rechtsanspruch auf eine angemessene Alterssicherung der Pflegeperson, wenn diese nicht anderweitig gesichert ist. Leistungen der Sozialhilfe zur Verbesserung der Alterssicherung der Pflegepersonen haben bisher allerdings nur eine geringe praktische Bedeutung erlangt. Nach einer Erhebung aus dem Jahre 1977 erhielten z. B. im November 1977 nur 0,7 v. H. aller Empfänger häuslicher Pflege Beiträge zur Sicherung der Pflegeperson. Neuere Zahlen liegen nicht vor.

Die Sozialhilfeleistungen werden nur gewährt, soweit dem Hilfesuchenden, seinem nicht getrennt lebenden Ehegatten und, wenn er minderjährig und unverheiratet ist, auch seinen Eltern die Aufbringung der Mittel aus Einkommen und Vermögen nicht zuzumuten ist (§ 28 BSHG). Das Pflegegeld der gesetzlichen Krankenversicherungen nach § 57 SGB V wird in Höhe von 200,— DM auf das Pflegegeld nach dem BSHG angerechnet. Die Sozialhilfe kann auch auf die unterhaltspflichtigen Verwandten ersten Grades zurückgreifen.

Je nach Schwere der Pflegebedürftigkeit gelten unterschiedliche Einkommensgrenzen. Die niedrigste Einkommensgrenze liegt bei Pflege außerhalb von Einrichtungen bei 924,— DM (allgemeiner Grundbetrag), sie erhöht sich auf 1.387,— DM bei erheblicher Pflegebedürftigkeit und 2.774,— DM bei Schwerstpflegebedürftigkeit (in den neuen Bundesländern 830,— DM, 1.250,— DM, 2.025,— DM) zuzüglich angemessener Kosten für Unterkunft und eines Zuschlags von durchschnittlich 407,— DM (in den neuen Bundesländern 389,— DM) für jede vom Pflegebedürftigen oder seinem nicht getrennt lebenden Ehegatten überwiegend unterhaltene Person.

Bei stationärer Pflege kann auch der Einsatz des Einkommens unterhalb der Einkommensgrenzen gefordert werden, soweit Aufwendungen für den häuslichen Lebensunterhalt erspart werden. Darüber hinaus soll bei längerer Zeit der stationären Pflege der Einsatz des Einkommens unterhalb der Einkommensgrenze verlangt werden, wenn der Pflegebedürftige nicht einer anderen Person überwiegend zu Unterhalt verpflichtet ist (§ 85 BSHG). Dem Pflegebedürftigen verbleibt ein Barbetrag (Taschengeld), dessen Höhe davon abhängt, ob und inwieweit der Hilfeempfänger sich mit seinem Einkommen an den Heimkosten beteiligt. Der Barbetrag beträgt seit 1. Juli 1992 z. B. in Nordrhein-Westfalen zwischen 152,— DM und 228,— DM, in anderen Bundesländern weicht er geringfügig davon ab (z. B. Mecklenburg-Vorpommern zwischen 146,— DM und 219,— DM).

Ihr Vermögen müssen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen nur teilweise einsetzen, es verbleibt ihnen ein sogenanntes Schonvermögen. Hierzu zählt insbesondere ein selbst bewohntes angemessenes Hausgrundstück sowie Barvermögen, für das je nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit unterschiedliche Grenzen festgelegt sind. Bei erheblicher Pflegebedürftigkeit beträgt der Schonbetrag 4.500,— DM, bei Schwerstpflegebedürftigkeit 8.000,— DM, jeweils zuzüglich Ehegattenzuschlag in Höhe von 1.200,— DM und weiteren 500,— DM für jedes vom Pflegebedürftigen überwiegend unterhaltene Familienmitglied.

Fazit

Es gibt *keine allgemeine umfassende Sicherung* bei Pflegebedürftigkeit.

Trotz der zahlreichen einzelgesetzlichen Regelungen fehlt zur Zeit eine befriedigende umfassende Sicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit. Jene Systeme, die umfangreiche Leistungen bei Pflegebedürftigkeit vorsehen, wie das soziale Entschädigungsrecht und das Recht der gesetzlichen Unfallversicherung, erfassen nur einen eng umgrenzten und damit zahlenmäßig kleinen Personenkreis. Die gesetzliche Krankenversicherung bietet zwar nahezu allen Bürgern Zugang, sieht aber nur bei Schwerpflegebedürftigkeit dem Umfang nach begrenzte Leistungen, und zwar lediglich bei ambulanter Pflege, vor. Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz werden nur bei Bedürftigkeit gewährt.

Wenn man die Anzahl der Pflegeleistungsempfänger nach derzeitigem Recht auf die Anzahl von 1,65 Millionen Pflegebedürftigen bezieht, so ergibt sich folgendes Bild:

- nur rd. 2,1 v. H. erhalten die umfassenden und nicht bedürftigkeitsabhängigen Pflegeleistungen der Unfallversicherung und der Kriegsopferversorgung,
- rd. 33 v. H. erhalten die laufenden Pflegeleistungen nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung, die wegen ihrer geringen Höhe den tatsächlichen Bedarf an Hilfe nur teilweise abdecken,
- rd. 38 v. H. erhalten Pflegeleistungen von der Sozialhilfe und der Kriegsopferfürsorge, die es aber nur bei Bedürftigkeit gibt,
- zum Anteil der über die Beihilfe abgesicherten Pflegebedürftigen liegen keine Zahlen vor.

Da sich die Personengruppen, die Pflegeleistungen nach dem SGB V oder dem BSHG erhalten, teilweise überschneiden, kann davon ausgegangen werden, daß heute ca. die Hälfte der Pflegebedürftigen keine Pflegeleistungen erhält. Dies wird sich mit Einführung der Pflegeversicherung entscheidend ändern, denn sie wird allen versicherten Pflegebedürftigen Leistungen zur Verfügung stellen, die so ausgestaltet sind, daß nur noch ein Teil der Pflegebedürftigen wegen der pflegebedingten Aufwendungen auf Sozialhilfe angewiesen sein wird. Für den überwiegenden Teil der Betroffenen übernimmt die Pflegeversicherung die pflegebedingten Kosten voll.

IV. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit in der ehemaligen DDR und die heutige Situation Pflegebedürftiger in den neuen Bundesländern

1. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit in der ehemaligen DDR

Nach dem Recht der ehemaligen DDR gab es bei Pflegebedürftigkeit zwar geringe, aber allgemein zugängliche und einkommensunabhängige Geldleistungen für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige. An den Grad der Pflegebedürftigkeit wurden keine hohen Anforderungen gestellt:

a) Sozialversicherungsleistungen

Nach der Verordnung vom 23. November 1979 über die Gewährung und Berechnung von Renten der Sozialversicherung wurden bis zum 31. Dezember 1991 Pflegegeld, Sonderpflegegeld und Blindengeld gewährt.

— Pflegegeld

Bei häuslicher Pflege erhielten Empfänger einer Rente der Sozialversicherung bei Pflegebedürftigkeit Pflegegeld nach den Pflegegeldstufen I—IV. Es betrug für Pflegebedürftige nach

Stufe I

(Pflegebedürftigkeit bis zu 5 Stunden pro Tag)
20 Mark,

Stufe II

(Pflegebedürftigkeit von mehr als 5 Stunden pro Tag)
40 Mark,

Stufe III

(Pflegebedürftigkeit tagsüber, jedoch nicht nachts)
60 Mark,

Stufe IV

(Pflegebedürftigkeit tagsüber und nachts)
80 Mark.

Für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sah die Verordnung 90 Mark bzw. in Stufe IV 120 Mark monatlich vor, wenn ein Elternteil eine Rente aus der Rentenversicherung bezog.

— Sonderpflegegeld

Schwerstbeschädigte erhielten ab Vollendung des 16. Lebensjahres ein Sonderpflegegeld in Höhe von 120 Mark (Stufe I: z. B. Querschnittgelähmte, Beinamputierte) und 180 Mark (Stufe II: z. B. Ohnhänder, Dreifachamputierte). Bei stationärer Pflege wurde das Sonderpflegegeld um 50 v. H. gekürzt.

— Blindengeld

Hochgradig Sehschwache und Blinde erhielten ab Vollendung des 16. Lebensjahres ein Blindengeld, das je nach Grad der Sehschwäche zwischen 30 Mark und 120 Mark monatlich betrug. Bestanden neben der Blindheit noch weitere Leiden oder Körperschäden, die zu Pflegebedürftigkeit führ-

ten, wurde ein erhöhtes Blindengeld bis zu 240 Mark monatlich gezahlt.

— Soziale Sicherung der Pflegepersonen

Die Pflege eines ständig pflegebedürftigen Familienangehörigen war in der Rentenversicherung einer versicherungspflichtigen Tätigkeit gleichgestellt.

Das Pflegegeld und das Sonderpflegegeld wurden im Jahre 1991 noch neben den Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt. Insgesamt erhielten im Januar 1991 in den neuen Bundesländern nach dem insoweit 1991 noch fortgeltenden Recht der DDR 453 776 Personen Pflegegeld, 15 476 Personen Sonderpflegegeld und 33 882 Personen Blindengeld. Somit bezogen rd. 3,1 v. H. der Bevölkerung der ehemaligen DDR Pflegeleistungen aus der Sozialversicherung. Zum Vergleich: In den alten Bundesländern erhalten rd. 0,82 v. H. der Bevölkerung Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach dem Bundessozialhilfegesetz, 0,85 v. H. nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung und 0,14 v. H. nach dem Bundesversorgungsgesetz. In der ehemaligen DDR bezog somit ein wesentlich größerer Personenkreis Leistungen bei Pflegebedürftigkeit.

Mit der Überleitung des Rentenrechts zum 1. Januar 1992 auf die neuen Bundesländer ist die Zahlung der Pflege-, Sonderpflege- und Blindengelder entfallen. Etwa $\frac{1}{3}$ derjenigen, die Anspruch auf diese Pflegeleistungen hatten, erfüllen die Voraussetzungen für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schwerpflegebedürftigkeit. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung wurden in den neuen Bundesländern von vornherein in ungekürzter Höhe gewährt. Ein Teil der Betroffenen erhält bei Bedürftigkeit Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz. Diejenigen, die die Anspruchsvoraussetzungen des Krankenversicherungsrechts oder des Bundessozialhilfegesetzes nicht erfüllen, erhalten keine Leistungen mehr.

b) Fürsorgeleistungen

Personen, die nicht durch die Sozialversicherung abgesichert waren, erhielten dieselben Leistungen nach der Sozialfürsorgeverordnung vom 23. November 1979 und nach dem Sozialhilfegesetz vom 21. Juni 1990. 1990 erhielten 27 400 Personen Pflegegeld, Sonderpflegegeld oder Blindengeld. An die Stelle dieser Leistungen traten ab 1. Januar 1991 die Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz.

c) Pflege in Pflegeheimen und Krankenhäusern

Nach der „Verordnung über Feierabend- und Pflegeheime vom 1. März 1978“ wurden „entsprechend den Grundsätzen der sozialistischen Sozialpolitik . . . die Mittel für Unterkunft, Verpflegung sowie die geistig-kulturelle und fürsorgliche Betreuung der Heimbewohner überwiegend aus dem Staatshaushalt zur Verfügung gestellt.“ Die Heimbewohner hatten nur monatliche Unterhaltskostenbeiträge bis zu 120 Mark

zu leisten. In begründeten Fällen konnte der Unterhaltskostenbeitrag ganz oder teilweise aus dem Staatshaushalt getragen werden.

Die Sozialversicherung übernahm die Kosten eines stationären Aufenthaltes zumindest bis zum Ablauf der 26. Woche, wenn nach ärztlicher Feststellung eine Heilbehandlung nicht mehr vorlag und Pflegebedürftigkeit bestand. Damit entstanden einem im Krankenhaus behandelten und pflegebedürftig gewordenen Patienten für das erste halbe Jahr der Krankenhausbehandlung und oftmals auch darüber hinaus keine Kosten für seine stationäre Versorgung.

Heute werden die Pflegeheime nicht mehr wie früher durch den Staat finanziert. Die wegen des ungünstigen Bauzustandes hohen Unterhaltungskosten müssen ebenso wie die Personal- und sonstigen Betriebskosten in die stark gestiegenen Pflegesätze eingerechnet werden. Diese liegen mit regionalen Unterschieden in einer Höhe von 1 400,— bis 2 500,— DM monatlich. Derartig hohe Pflegekosten können die stationär Pflegebedürftigen auch bei einer seit dem 1. Juli 1992 bestehenden Eckrente eines Durchschnittsverdieners von rd. 1 120,— DM nicht tragen. Die Folge ist, daß nahezu alle der in Pflegeheimen betreuten Pflegebedürftigen auf Sozialhilfe angewiesen sind.

Nach dem Beitritt sind in den Krankenhäusern Betten abgebaut worden, in denen bis dahin pflegebedürftige Menschen untergebracht waren. Nach westlichen Maßstäben handelte es sich dabei um eine Fehlbelegung, die die Krankenkassen bei den Pflegesatzverhandlungen nicht akzeptiert haben. Zum Teil sind diese Menschen zusätzlich in den stark sanierungsbedürftigen Feierabend- und Pflegeheimen untergebracht, andere wieder in die Familie aufgenommen worden, womit deren Angehörige oftmals überfordert waren.

Fazit:

Etwa $\frac{2}{3}$ der Personen, die in der ehemaligen DDR Pflegeleistungen bezogen, erhalten heute keine Leistungen mehr oder sind wegen Bedürftigkeit auf Sozialhilfe angewiesen.

Für einen Teil der Bürger der neuen Bundesländer hat sich seit Beginn des Jahres 1992 durch den Wegfall der bisherigen Pflegeleistungen die soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit verschlechtert. Die Einführung einer sozialen Pflegeversicherung hat daher für die Menschen in den neuen Bundesländern eine besondere sozialpolitische Bedeutung, weil dadurch nicht nur Verschlechterungen rückgängig gemacht werden, sondern eine gegenüber früheren Jahren bessere Absicherung gewährleistet wird.

2. Die heutige Situation Pflegebedürftiger in den neuen Bundesländern

Trotz des Wandels, der sich in den neuen Bundesländern vollzieht, wird die Versorgungslage der Pflegebedürftigen noch stark von den Strukturen und Ver-

hältnissen der Staats- und Gesellschaftsordnung der ehemaligen DDR mitgeprägt.

Auch dort erbrachten überwiegend die Familien die häuslichen Pflegeleistungen. Sie fanden Hilfe bei Gemeindeschwesternstationen, Hauswirtschaftspflegerinnen und zum Teil bei kirchlichen Diensten. Die familiäre Betreuung war erschwert durch gesellschaftliche Faktoren (beispielsweise hohe Frauenerwerbstätigkeit), geringe Größe oder unzureichende sanitäre Ausstattung der Wohnungen sowie das Fehlen technischer Hilfsmittel.

Diese Umstände und die geringe finanzielle Selbstbeteiligung in staatlich finanzierten Feierabend- und Pflegeheimen veranlaßten viele ältere Menschen, eine Heimaufnahme anzustreben, auch ohne pflegebedürftig zu sein. Ein Teil der Pflegebedürftigen, die nicht familiär betreut werden konnten und denen kein Heimplatz zu vermitteln war, wurde nach einer Krankheit oder aufgrund einer schweren Behinderung in Krankenhäusern fortlaufend gepflegt.

Der Bauzustand, die technische Ausrüstung und die Ausstattung der Feierabend- und Pflegeheime wiesen zum überwiegenden Teil wesentliche Mängel auf. Insbesondere bei umgewidmeten Altbauten verlief oftmals die Bausubstanz oder war stark renovierungsbedürftig. Bauliche Mängel, selbst bei Heimen in Plattenbauweise vielfach ungünstige oder gar ausgesprochen hinderliche Grundrisse sowie unzureichende bis völlig mangelhafte hygienische Ausstattungen kennzeichneten die Situation. Zusätzlich erschwerte die nicht selten drangvolle Überbelegung der Zimmer die Arbeit der Pflegekräfte. Auch jüngere behinderte Menschen mußten aufgrund fehlender anderer Unterbringungsmöglichkeiten mitbetreut werden (der Anteil der 3- bis unter 65jährigen an der Gesamtzahl der Heimbewohner betrug ca. 15 v. H.).

Mit einem Personalschlüssel von 1:6 bzw. 1:7 konnten trotz großen Engagements des Pflegepersonals nur die wichtigsten Pflegeleistungen erbracht werden. Aktivierende und rehabilitierende Maßnahmen waren kaum möglich. Ebenso eingeschränkt waren Möglichkeiten zur teilstationären Pflege sowie die entlastende Betreuung bei Urlaub oder Krankheit der pflegenden Angehörigen.

Diese Strukturen und Verhältnisse wirken bis heute nach.

Die stärksten Veränderungen machen sich bei der häuslichen Pflege bemerkbar, insbesondere durch die zunehmenden Hilfen von Sozialstationen und ambulanten sozialen Diensten. Für die Versorgung der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen sind in Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtsverbände und den Ländern rd. 1 000 Sozialstationen aufgebaut worden. Viele der früheren Gemeindeschwestern, Gesundheitsfürsorgerinnen und Hauswirtschaftspflegerinnen haben in den Sozialstationen neue Arbeit gefunden.

Nur geringfügig haben sich bislang die Zustände in der stationären Pflege verbessern lassen. Bauliche Mängel, Defizite in der sanitären und z. T. funktionalen Ausstattung sowie baulich vorgegebene Behinderungen in der Pflege dauern an. Nur etwa $\frac{1}{3}$ der

Pflegeheimplätze ist überhaupt sanierungsfähig. Nach wie vor liegt der durchschnittliche Standard der Pflegeheime weit unter dem in den alten Bundesländern üblichen. Dort stehen pro Pflegeplatz im Durchschnitt (einschließlich aller Gemeinschaftsflächen) 50 m² zur Verfügung, in den neuen Bundesländern nur 30 m². Dies spiegelt sich auch in der Zimmerbelegung wider. 40 bis 50 v. H. der Pflegeheimplätze befinden sich in Drei- und Mehrbettzimmern.

Grundlegende Verbesserungen erfordern gerade für den westlichen Standards entsprechenden Auf- und Ausbau der stationären Pflegeinfrastruktur Zeit und Geld. Beides hat bislang nicht hinreichend zur Verfügung gestanden. Gegenwärtig gibt es in den neuen Bundesländern ca. 1 400 Heime mit rd. 140 000 Plätzen, darunter 90 000 bis 100 000 Pflegeplätze.

Das Pflegepersonal versucht unter diesen ungünstigen Bedingungen weiterhin, die pflegebedürftigen Menschen nach besten Kräften zu versorgen. Als Folge der besseren Vergütung wandern aber zahlreiche Pflegekräfte in die westlichen Bundesländer ab. Diese Entwicklung verschärft zusätzlich die ungünstigen Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte, die aus pflegerischer Verantwortung ihren schwierigen Dienst weiter verrichten.

Die Bundesregierung ist bemüht, u. a. im Rahmen des Gemeinschaftswerkes „Aufschwung Ost“ alles zu tun, um die Lebensverhältnisse der Menschen im Beitrittsgebiet so schnell wie möglich zu verbessern. Das Gemeinschaftswerk „Aufschwung Ost“ eröffnet neben anderen Förderungsschwerpunkten auch Förderungsmöglichkeiten für die ambulante und die stationäre Versorgung. Im einzelnen werden insbesondere gefördert:

- die Instandsetzung von Gebäuden und Anlagen der Alten- und Pflegeheime,
- die Erweiterung des Angebotes für Betreuung und Freizeit in den Heimen,
- eine befristete Betreuung von Pflegebedürftigen zur Entlastung der pflegenden Angehörigen,
- die Erweiterung der Fahrdienste,
- der Ausbau, die Modernisierung oder Renovierung von Sozialstationen, Pflege- und Altenheimen und Begegnungsstätten.

Zusätzlich gehören die Pflegeheime zu den Förderungsschwerpunkten des Kommunalkreditprogramms, dessen Gesamtvolumen für die Jahre 1990 bis 1993 15 Mrd. DM beträgt.

Allerdings ist der größte Teil dieser Fördermittel anderen Förderungsschwerpunkten zugewandt worden.

V. Internationale Erfahrungen

Die Systeme der sozialen Sicherung in den Industriestaaten und auch innerhalb der Europäischen Gemeinschaft weisen erhebliche Unterschiede bei Art und Ausmaß der Absicherung des Pflegerisikos, sei-

ner Finanzierung und bei den Versorgungsstrukturen auf.

Als einziges Land in Europa sichern die *Niederlande* das Pflegerisiko in einem beitragsfinanzierten Sozialversicherungssystem in enger Anbindung an die Krankenversicherung ab. *Dänemark* und *Schweden* finanzieren die Absicherung bei Pflegebedürftigkeit aus Steuermitteln.

Abgesichert wird in diesen Ländern die gesamte Wohnbevölkerung.

In *Österreich* lagen den Leistungen für Pflegebedürftige unterschiedliche sozialrechtliche Regelungen zugrunde. Ebenso wie heute noch in Deutschland trug die Sozialhilfe die Hauptlast bei der stationären Versorgung Pflegebedürftiger. Mit der Verabschiedung des Bundespflegegeldgesetzes im Jahre 1993 hat Österreich die Absicherung des Pflegerisikos einer einheitlichen bundesgesetzlichen Lösung oberhalb der Sozialhilfe als unterstem sozialen Auffangnetz zugeführt.

In *Frankreich* und *Belgien* sind Leistungen für Pflegebedürftige in verschiedenen sozialen Systemen vorgesehen. Die Krankenversicherung leistet Pauschalbeträge, die unmittelbar an die Heime oder ambulanten Pflegedienste zur Deckung der Pflegekosten gezahlt werden. Bei Frühinvalidität gewährt die Rentenversicherung in Frankreich Pflegebedürftigen Zuschläge zur Erwerbsunfähigkeitsrente. Unterkunft- und Verpflegungskosten sind vom Pflegebedürftigen aufzubringen. Soweit die erforderlichen Eigenmittel nicht vorhanden sind, trägt die Sozialfürsorge die Kosten, für die sie bei den Familienangehörigen des Pflegebedürftigen Rückgriff nehmen kann.

Innerhalb der Europäischen Gemeinschaft und der OECD- (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) gewinnt das Problem der unterschiedlichen Absicherung des Pflegerisikos in den Mitgliedstaaten an Bedeutung.

Die Sozialcharta der Europäischen Gemeinschaft bestimmt in ihrem Katalog der sozialen Grundrechte unter Ziffer 23, daß jedermann, der das Rentenalter erreicht hat, aber keinen Rentenanspruch besitzt oder über keine sonstigen Unterhaltsmittel verfügt, ausreichende Zuwendungen, Sozialhilfeleistungen und Sachleistungen bei Krankheit erhalten muß, die seinen spezifischen Bedürfnissen angemessen sind. Auch der im Alter typischerweise gesteigerte Bedarf an medizinischen und sozialen Leistungen und Diensten muß von öffentlichen Leistungsträgern bereit- bzw. sichergestellt werden.

Der einzelne Pflegebedürftige kann zwar aus diesen Grundrechten keine individuellen Sozialrechtsansprüche herleiten, dennoch ist damit die Verpflichtung der Mitgliedstaaten zu einer Absicherung des Pflegerisikos im Alter und bei Bedürftigkeit EG-rechtlich verankert. Bei der Kommission der Europäischen Gemeinschaften hat der beratende Ausschuß (Regierungsvertreter) „Das Altern und die älteren Menschen“ auf deutsche Initiative das Thema Pflege aufgegriffen. Im Rahmen des „Europäischen Jahres der älteren Menschen“ (1993) werden verschiedene Aktionen veranstaltet, darunter auch ein Symposium

in Deutschland, das in enger organisatorischer und inhaltlicher Zusammenarbeit mit der Kommission der Europäischen Gemeinschaften vom 15. bis 16. Juni 1993 durchgeführt wurde.

Die OECD beschäftigt sich gleichfalls mit der Pflegeproblematik. Derzeit erstellt eine Arbeitsgruppe des Beschäftigungs-, Arbeits- und Sozialausschusses einen Länderbericht über die Pflege gebrechlicher älterer Menschen (care of the frail elderly). Im Dezember 1992 fand eine OECD-Sozialministerkonferenz statt, auf der die Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu einem Hauptanliegen der Sozialpolitik der Mitgliedstaaten erklärt wurde. Der Ausschuss für Sozialfragen stellte fest, daß die hohen Kosten einer intensiven Dauerpflege wahrscheinlich nur durch die Sozialversicherung oder andere öffentliche Transfers abgedeckt werden können.

VI. Der Handlungsbedarf

Der Handlungsbedarf für den Gesetzgeber zur Lösung der Pflegeproblematik ist vorgezeichnet durch die in den vorangehenden Kapiteln aufgezeigten Rahmenbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland, nämlich

- durch die tatsächliche Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Familien (vgl. Kapitel II),
- durch die heutige Rechtslage, die nur einzelnen Gruppen von Pflegebedürftigen ausreichende Leistungen eröffnet, die große Zahl der Pflegebedürftigen aber auf die Sozialhilfe und die damit verbundene Bedürftigkeitsprüfung verweist (vgl. Kapitel III),
- durch den Wegfall spezieller Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach dem Recht der ehemaligen DDR, der zu einem hohen Anteil an Sozialhilfeempfängern unter den Pflegebedürftigen in den neuen Bundesländern führt (vgl. Kapitel IV),
- durch die Ankündigungen aus der Koalitionsvereinbarung und der Regierungserklärung vom Januar 1991 sowie die Grundsatzbeschlüsse der Koalitionsparteien im Herbst 1991.

Alle diese Rahmenbedingungen führen zwingend zu der eindeutigen Forderung nach einer alsbaldigen und grundlegenden Veränderung und einer umfassenden Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen.

Dazu reicht die Gewährung bloßer finanzieller Hilfe nicht aus. Erforderlich ist vielmehr ein grundlegender Neuansatz mit einem umfassenden Gesamtkonzept, das neben den erforderlichen Sach- und Geldleistungen auch die pflegerische Infrastruktur mit ihren ambulanten, stationären und teilstationären Versorgungseinrichtungen umfaßt und auch den Pflegekräften, sowohl den Pflegeberufen als auch den häuslichen und ehrenamtlichen Kräften, einen gebührenden Platz einräumt. Nur mit einem solchen Gesamtkonzept wird es gelingen, die notwendige Initialzündung auszulösen, die in unserer Gesellschaft für die Pflegebedürftigen eine neue Kultur des Helfens entstehen läßt.

Das Legerisiko im Rahmen einer Versicherung abzusichern, verwirklicht eine Sozialpolitik der unmittelbaren Nähe und der Zuwendung zu den Hilfebedürftigen. Die Hilfe soll der Pflegebedürftigen in seiner ihm vertrauten Umgebung zu Hause in seiner Familie, seiner Nachbarschaft und seiner weiteren sozialen Umgebung erhalten. Die Pflegeversicherung stärkt deshalb vorrangig die häusliche Pflege und hilft zu verhindern, daß Pflegebedürftige in Heime abgeschoben werden. Die Pflegeversicherung leistet ihren Beitrag zur Schaffung einer weiter differenzierten und noch leistungsfähigeren Pflegeinfrastruktur, in der gut ausgebildetes und aufgabengerecht bezahltes Fachpersonal in ausreichender Zahl die Pflegebedürftigen mit Zuwendung betreut und versorgt.

Bei der Lösung des Pflegeproblems geht es um die Interessen sehr unterschiedlicher Gruppen unserer Bevölkerung:

- Es geht zunächst um die 1,65 Millionen heute bereits Pflegebedürftigen; nach fast 20jähriger Diskussion erwarten sie eine Verbesserung ihrer Situation; ihnen ist mit einer Lösung, die erst in vielen Jahren greift, nicht gedient.
- Es geht zweitens um die rd. 16,5 Millionen älteren Mitbürger über 60, die sogenannten „pflegenahen Jahrgänge“, von denen in den nächsten Jahren etwa 1 Million pflegebedürftig werden wird; sie machen sich Sorgen, wie die notwendigen Hilfen im Pflegefall aufgebracht werden sollen.
- Es geht drittens um die 64 Millionen unter 60jährigen, für die der mögliche Eintritt der Pflegebedürftigkeit zwar ganz überwiegend in weiter Ferne liegt, die aber dennoch Versicherungsschutz benötigen, denn Pflegebedürftigkeit kann — unabhängig vom Alter — jederzeit jeden treffen.

Ein Konzept zur Lösung des Pflegeproblems muß allen diesen Gruppen gerecht werden; eine Beschränkung oder Konzentration auf nur eine Gruppe unter Vernachlässigung der anderen wäre Stückwerk und nach fast 20 Jahren Diskussion keine befriedigende Antwort.

VII. Initiativen der Regierungskoalition

1. Bericht von 1984

Die Bundesregierung griff nach dem Pflegebericht des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit von 1977 im September 1984 mit ihrem „Bericht zu Fragen der Pflegebedürftigkeit“ (BT-Drucksache 10/1943) erneut in die Pflegediskussion ein. Sie stellte darin fest,

- daß das gegenwärtige System der Versorgung und Sicherung Pflegebedürftiger unbefriedigend sei und der Verbesserung bedürfe,
- daß derzeit eine umfassende Neuregelung oder eine grundlegende Änderung des sozialen Sicherungssystems aus finanziellen Gründen aber nicht in Betracht komme,

- daß das bestehende System der Versorgung und Sicherung Pflegebedürftiger in kleinen Schritten gezielt zu verbessern sei.

2. Gesetzentwurf von 1986

Dementsprechend sah der von der Bundesregierung beschlossene Entwurf eines Pflegeverbesserungsgesetzes vom 9. Oktober 1986 (BT-Drucksache 10/6134) folgende Schwerpunkte vor:

- Alle Schwerstpflgebedürftigen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder nach dem Bundesversorgungsgesetz anspruchsberechtigt sind, erhalten häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe. Die Leistung umfaßt monatlich 25 Pflegeeinsätze bis zu je einer Stunde, die flexibel in Anspruch genommen werden können.
- Fällt die pflegende Person vorübergehend aus, hat der Schwerstpflgebedürftige Anspruch auf eine Ersatzpflegekraft für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr.
- Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind auch zur Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit zu erbringen.

Dieser Gesetzentwurf wurde im Hinblick auf das Gesundheits-Reformgesetz nicht weiterverfolgt.

3. Gesundheits-Reformgesetz

Die Kernpunkte des Gesetzentwurfs von 1986 sind im wesentlichen unverändert in das Gesundheits-Reformgesetz vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) aufgenommen worden (vgl. §§ 53ff. SGB V).

Mit den neuen Leistungen für Schwerpflgebedürftige ist die bisherige Beschränkung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Leistungen der Krankenbehandlung unter Ausklammerung reiner Pflegeleistungen erstmals durchbrochen worden. Allerdings geschah dieser Schritt in konsequenter Beschränkung auf die ambulante häusliche Pflege mit zahlenmäßig begrenzten Leistungen und beschränkt auf den Personenkreis der 700 000 Schwerpflgebedürftigen. Diese Öffnung der Krankenversicherung für Pflegeleistungen war bewußt nicht als eine Gesamtlösung des Pflegeproblems gedacht, sondern als ein politisches Signal des Gesetzgebers, daß die Pflegebedürftigen und ihre Familien nicht auf Dauer allein gelassen werden.

In der Begründung zum Gesundheits-Reformgesetzes heißt es insoweit:

„Eine bessere soziale Absicherung des Pflegefallrisikos gehört zu den drängendsten sozial- und gesundheitspolitischen Problemen. Die Bundesregierung ist daher der Auffassung, daß die gegenwärtige Versorgung der Pflegebedürftigen einer Verbesserung bedarf. Es kann allerdings nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung sein, die Probleme der Pflegebedürftigkeit insgesamt zu lösen. Bei der sozialen Absicherung der Pflegepersonen und bei der

stationären Pflege sind andere Finanzierungsträger als die gesetzliche Krankenversicherung gefordert.“

4. Regierungsprogramm für die 12. Wahlperiode

In der Koalitionsvereinbarung vom 16. Januar 1991 verständigten sich CDU, CSU und F.D.P. darauf, daß die Bundesregierung dem Deutschen Bundestag bis zum 1. Juni 1992 einen Gesetzentwurf zur Absicherung bei Pflegebedürftigkeit vorlegen sollte.

Bundeskanzler Helmut Kohl hob in der Regierungserklärung vom 30. Januar 1991 die Bedeutung der sozialen Absicherung des Pflegerisikos hervor und bestätigte die Vorlage eines Gesetzentwurfs für das Jahr 1992.

Die Grundsatzpositionen der Koalitionsparteien fanden ihren Niederschlag in

- dem „Tendenzbeschluß des Bundesvorstandes der CDU zur Pflegeversicherung“ vom 30. September 1991,
- dem Beschluß des Ministerrates des Freistaates Bayern vom 10. Oktober 1991 sowie
- dem Beschluß des 42. Bundesparteitages der F.D.P. vom 2. November 1991.

Ab November 1991 haben die Koalitionsparteien in einer Arbeitsgruppe über die nähere Ausgestaltung der Pflegeversicherung beraten. Diese Beratungen mündeten in den Grundsatz-Beschluß der großen Koalitionsrunde vom 30. Juni 1992 mit einer Entscheidung für die soziale Pflegeversicherung und einer Verpflichtung zur Kompensation der Beitragsbelastungen der Arbeitgeber.

Die Bemühungen des Bundesarbeitsministers, der im Anschluß an die Grundsatzentscheidung vom 30. Juni 1992 einen gesellschaftlichen Konsens in der Frage des Ausgleichs der Arbeitgeberbelastungen erreichen sollte, blieben letztlich ohne Erfolg:

- die Gewerkschaften lehnten den Gedanken einer Kompensation durch Verzicht auf soziale Besitzstände grundsätzlich ab, sie waren allenfalls zu Zugeständnissen bei *künftigen* Lohnzuwächsen bereit;
- die Einführung eines *Karenztages* ist bei den Gewerkschaften auf entschiedene Ablehnung gestoßen; auch die Arbeitgeber wollen diesen Weg *nicht* gehen, weil für die Zukunft neue tarifrechtliche Vereinbarungen über die Beseitigung eines jetzt eingeführten Karenztages nicht gesetzlich ausgeschlossen werden könnten;
- der Verzicht auf einen *Feiertag* oder einen *Urlaubstag* wird von den Gewerkschaften ebenfalls abgelehnt;
- ein Ausgleich der Arbeitgeberbelastungen durch eine entsprechende Minderung *künftiger* Tarifabschlüsse ist von den Gewerkschaften zunächst angeboten, aber von seiten der Arbeitgeber abgelehnt worden. Die Ablehnung wurde damit begründet, daß eine rechtsverbindliche Absprache über künftige Lohnabschlüsse jetzt nicht erreichbar

bar sei, folglich würde sich eine entsprechende Vereinbarung als bloße Absichtserklärung darstellen, die möglicherweise später wirkungslos bliebe.

- die Kirchen zeigten keinerlei Bereitschaft, auf einen kirchlichen Feiertag — etwa den Pfingstmontag oder den Buß- und Bettag — zu verzichten; abgesehen davon, daß hierzu wegen der Gesetzgebungskompetenz der Länder 16 Landesgesetze erforderlich wären.

Deshalb konnte der Termin vom 1. Oktober 1992 für die Vorlage eines Gesetzentwurfs zur Pflegeversicherung nicht eingehalten werden.

Am 27. Mai 1993 einigten sich die Koalitionsparteien auf eine Kompensation im wesentlichen durch die Einführung einer Selbstbeteiligung bei der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfalle; danach soll die Entgeltfortzahlung an den ersten beiden Krankheitstagen pro Krankheitsfall entfallen, maximal an 6 Tagen im Jahr, die Arbeitnehmer erhalten die Möglichkeit einer wahlweisen Anrechnung eines Urlaubstages für jeden Krankheitstag.

Die Koalitionsentscheidung vom 27. Mai 1993 hat folgenden Wortlaut:

Koalitionsvereinbarung zur Pflegeversicherung

1. Es wird eine soziale Pflegeversicherung unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung, finanziert im Umlageverfahren, eingeführt.
2. Der Beitragssatz beträgt 1,7 % bezogen auf die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung; die Beiträge werden je zur Hälfte von den Versicherten und den Arbeitgebern aufgebracht.
3. Die soziale Pflegeversicherung tritt stufenweise in Kraft:
 - a) am 1. Januar 1994 mit den Leistungen zur *häuslichen Pflege* und einem Beitragssatz von 1,0 %,
 - b) am 1. Januar 1996 mit den Leistungen zur *stationären Pflege* und einem Beitragssatz von 1,7 %, in jedem Falle aber erst 2 Jahre nach Beginn der Leistungen zur häuslichen Pflege.
4. Es sind folgende Leistungen vorgesehen:
 - a) Leistungen zur häuslichen Pflege
 - ein Pflegegeld von
 - 400,— DM monatlich für erheblich Pflegebedürftige
 - 800,— DM monatlich für Schwerpflegebedürftige
 - 1 200,— DM monatlich für Schwerstpflegebedürftige
 - oder
 - Pflege-Sachleistungen in Gestalt von 25, 50 oder 75 Pflege-Einsätzen einer Sozialsta-

tion im Werte bis zu 2 100,— DM- monatlich

- Sozialversicherung der häuslichen Pflegekräfte durch Einbeziehung in die Unfallversicherung und Übernahme der Beiträge zur Rentenversicherung in Höhe von 25 %, 50 % oder 75 % des monatlichen Durchschnittsentgeltes; diese betragen derzeit 173,— DM, 346,— DM oder 519,— DM monatlich.

- b) Leistungen zur stationären Pflege durch Erstattung der pflegebedingten Kosten entsprechend der Höchstleistungen bei der ambulanten Pflege bis zur Höhe von 2 100,— DM monatlich (Basisjahr 1991).

5. Der Gesetzgeber setzt den Beitragssatz fest. Die Leistungen werden im Rahmen der Entwicklung der Beitragseinnahmen angepaßt. Das Verhältnis der Leistungen von ambulanter und stationärer Pflege darf dabei nicht geändert werden, damit der Anreiz, vorrangig die häusliche Pflege in Anspruch zu nehmen, erhalten bleibt.

6. Zur Sicherung einer wirtschaftlichen Betriebsführung und von Wettbewerbsneutralität für die Pflegeeinrichtungen wird ein monistisches Finanzierungssystem eingeführt; das bedeutet, daß die Investitionskosten ebenso wie die laufenden Kosten in den Pflegesatz eingehen.

Die Entlastungen der Sozialhilfeträger sollen in Höhe von 3 Mrd. DM jährlich der Pflegeversicherung zugute kommen. Das soll in der Weise geschehen, daß die Einsparungen der Länder und Gemeinden dem Bund zugeführt werden und dieser sie im Wege eines Bundeszuschusses der Pflegeversicherung zur Verfügung stellt.

Die Bundesregierung ist beauftragt, mit den Ländern alle in Betracht kommenden Möglichkeiten zur Realisierung dieses Finanzierungsweges zu prüfen.

7. Die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung. Der sozialen Pflegeversicherung gehören alle diejenigen an, die in der gesetzlichen Krankenversicherung tatsächlich versichert sind, auch die freiwillig Versicherten. Alle Privatkrankenversicherten werden Mitglied einer privaten Pflegeversicherung.

Das setzt voraus, daß die private Versicherung gewährleistet, daß gleichwertige Leistungen erbracht, angemessene Bedingungen und Beiträge auch für die Älteren angeboten und auch die bereits Pflegebedürftigen mit einbezogen werden.

Unter diesen Voraussetzungen leisten die Arbeitgeber einen Beitragszuschuß von 50 % bis zur Höchstgrenze des Arbeitgeberbeitrags in der gesetzlichen Pflegeversicherung.

8. Die Beamten werden, soweit sie nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, zum Abschluß einer privaten Pflegeversicherung verpflichtet. Die Leistungen der Beihilfe

sind den Leistungen der Pflegeversicherung anzupassen.

9. Die wirtschaftliche Lage erfordert ein Absenken der Lohnzusatzkosten zur Sicherung der Arbeitsplätze. Dazu werden vereinbart

- a) Einsparungen in der gesetzlichen Krankenversicherung infolge Wegfalls der Pflegeleistungen und durch Abbau der Fehlbelegung im Krankenhaus.
- b) Einführung einer Selbstbeteiligung bei der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall einschließlich der Beamten ab dem 1. Januar 1994.

Die Selbstbeteiligung ist wie folgt sozial auszugestalten:

- Beschränkung der Selbstbeteiligung auf die beiden ersten Tage pro Krankheitsfall,
- Möglichkeit der wahlweisen Anrechnung eines Urlaubstags für jeden Krankheitstag, der Mindesturlaub bleibt unberührt,
- Beschränkung auf 6 Krankheitstage pro Jahr,
- keine Einbeziehung der Erkrankungen bei Schwangerschaft sowie wegen Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.

- c) Gesetzliche Grundlagen für stärkere Kontrollen bei Arbeitsunfähigkeit:

- Vereinheitlichung und Verschärfung der Anzeige- und Nachweispflicht der Erkrankungen,
- unmittelbare Einschaltung des Medizinischen Dienstes durch den Arbeitgeber,
- Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen der Krankenkassen,
- Sanktionen gegen nicht gerechtfertigtes Krankschreiben.

10. Zur Stärkung der freiwilligen Vorsorge wird ein zusätzlicher Sonderausgabenabzug im Rahmen der Vorsorgeaufwendungen in Höhe von 360,— DM pro Person und Jahr für eine freiwillige Pflege-Zusatzversicherung für Angehörige des Geburtsjahrgangs 1963 und jünger mit der 2. Stufe eingeführt.

11. Die Koalitionspartner stellen sicher, daß die vorgesehenen Leistungsverbesserungen nur in Kraft treten, wenn die vorgenannten Kompensationen in vollem Umfang rechtlich verwirklicht werden. Ist dies nicht der Fall, wird die soziale Absicherung der Pflegebedürftigen und Pflegepersonen in dem Rahmen verbessert, in dem anderweitige Kompensationen möglich sind.

Die beiden Koalitionsentscheidungen vom 30. Juni 1992 und 27. Mai 1993 sind die politischen Eckwerte für den jetzt vorgelegten Entwurf eines Pflege-Versicherungsgesetzes.

VIII. Die Eckpunkte des Gesetzentwurfs der Koalition

Das Konzept der Koalition zur Absicherung des Pflgerisikos enthält folgende Eckpunkte:

A. Soziale Pflegeversicherung

1. Organisation und Durchführung der sozialen Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung wird als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung geschaffen. Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, deren Aufgaben von den Krankenkassen durchgeführt werden. Den Krankenkassen werden die dabei entstehenden Verwaltungskosten von der Pflegeversicherung erstattet. Die Selbstverwaltungsorgane der Krankenkassen nehmen zugleich auch die Selbstverwaltungsaufgaben der Pflegekassen wahr.

Für die Durchführung der Pflegeversicherung ist für die Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse grundsätzlich die bei dieser Krankenkasse errichtete Pflegekasse zuständig.

Zur Durchsetzung der Versicherungspflicht und der möglichst lückenlosen Erfassung aller in der Pflegeversicherung Pflichtversicherten werden neben der Meldepflicht der einzelnen Versicherten auch Dritte, von denen die Versicherten beitragspflichtige Einnahmen erhalten, zu Meldungen an die zuständige Pflegekasse verpflichtet. Meldepflichten bestehen daher z. B. für den Arbeitgeber, für die Zahlstellen von Versorgungsbezügen, die Rehabilitationsträger sowie andere Sozialleistungsträger.

Da rd. 90 v. H. der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird die Erfassung dieses versicherungspflichtigen Personenkreises der Pflegeversicherung ohne nennenswerten zusätzlichen Verwaltungsaufwand möglich.

2. Leistungsberechtigter Personenkreis

Zur Definition der Pflegebedürftigkeit wird auf den Hilfebedarf bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens abgestellt. Vorbild ist der Begriff der „Schwerpflegebedürftigkeit“ im SGB V. Zielsetzung des SGB V war es, einem besonders schwer von Pflegebedürftigkeit betroffenen Personenkreis Hilfe zu geben. Deshalb erfüllen die Voraussetzung der Schwerpflegebedürftigkeit bundesweit nur rd. 700 000 Personen. In einer umfassenden Pflegeversicherung muß der Kreis der anspruchsberechtigten Personen ausgedehnt werden. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit in einer neuen Pflegeversicherung muß so bestimmt werden, daß alle Menschen mit einem erheblichen Pflegebedarf die notwendigen Leistungen erhalten. Im ambulanten Bereich sollen damit insgesamt rd. 1,2 Millionen Menschen Leistungen erhalten. Hinzu kommen die 450 000 Menschen in Pflegeheimen. Die Pflegebedürftigkeit wird in drei Schwerestufen unterteilt. Maßgeblich für

die Zuordnung in die einzelne Stufe ist der im Einzelfall erforderliche Hilfebedarf und die Häufigkeit der benötigten Hilfen. Der Pflegebedarf wird eindeutig umschrieben, um die Zuordnung verständlich zu machen. Gleichzeitig soll damit die Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Wege der Begutachtung erleichtert werden.

Definition und Abstufung der Pflegebedürftigkeit werden so gestaltet, daß sie auch für andere Gesetze übernommen werden können, es sei denn, daß die Besonderheiten der Einzelgesetze Abweichungen rechtfertigen.

Für den Personenkreis der psychisch kranken, dementen und hirnerkrankten Menschen wird klargestellt, daß nicht nur die unmittelbare Hilfe bei den täglich wiederkehrenden Verrichtungen zum Leistungsanspruch führt, sondern auch die Anleitung und Beaufsichtigung bei diesen Verrichtungen. Auf diese Weise wird gesichert, daß Pflegebedürftigkeit bei psychisch kranken, dementen und hirnerkrankten Menschen der Hilfsbedürftigkeit bei organischen Leiden gleichgestellt ist.

Bei pflegebedürftigen Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind bei der Zuordnung zu den einzelnen Pflegestufen entscheidend.

Die Spitzenverbände der Pflegekassen erhalten den Auftrag, durch Richtlinien die Abstufung der Pflegebedürftigkeit weiter zu konkretisieren und das Verfahren der Begutachtung zu vereinheitlichen.

3. Personenkreis der Versicherten

In die Versicherungspflicht der sozialen Pflegeversicherung werden alle Personen einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

4. Leistungen

Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden in zwei Stufen eingeführt: die ambulanten Leistungen zum 1. Januar 1994 und die stationären Leistungen zum 1. Januar 1996.

Die Leistungen gehen von den Grundsätzen „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“ sowie „ambulant vor stationär“ aus.

Damit Pflegebedürftigkeit vermieden, überwunden oder gemindert werden kann, bedarf es verstärkter Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Nur so können die Fähigkeiten für eine selbstbestimmte Lebensführung erhalten oder zurückgewonnen werden.

a) Ambulante Pflege

Die meisten Pflegebedürftigen möchten, solange wie möglich in vertrauter Umgebung gemeinsam mit den Angehörigen leben. Die häusliche Pflege muß daher Vorrang vor einer stationären Unterbringung haben. Deshalb bilden die Leistungen zur Verbesserung der Bedingungen der häuslichen Pflege den Schwerpunkt

des Gesetzes. Sie werden deshalb bereits vom 1. Januar 1994 an gewährt.

Vorgesehen sind als Sachleistung bis zu 25, 50 oder 75 Pflegeeinsätze durch ambulante Pflegedienste bis zum Wert von 750,—, 1 500,— oder 2 100,— DM im Monat.

Anstelle der Sachleistung kann ein Pflegegeld, das in der Höhe nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt ist, beansprucht werden. Der Anspruch setzt voraus, daß der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt 400,—, 800,— oder 1 200,— DM monatlich.

Wird die Sachleistung nicht in voller Höhe in Anspruch genommen, kann gleichzeitig ein entsprechend gemindertes Pflegegeld beansprucht werden. Das Wahlrecht zwischen Sach- und Geldleistung sowie die mögliche Kombination von Sach- und Geldleistung ermöglichen dem Pflegebedürftigen eine den individuellen Bedürfnissen entsprechende Gestaltung der Hilfen.

b) Urlaubs-Pflegevertretung

Bei Urlaub oder sonstiger Verhinderung der Pflegeperson besteht ein Anspruch auf eine Urlaubs-Pflegevertretung bis zu vier Wochen im Gesamtwert bis zu 2 100,— DM pro Jahr.

c) Tages- und Kurzzeitpflege

Läßt sich die häusliche Pflege nicht ausreichend sicherstellen, ist teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege oder die Aufnahme in einer Kurzzeitpflegereinrichtung möglich.

d) Stationäre Pflege

Leistungen bei stationärer Pflege werden vom 1. Januar 1996 an erbracht.

Ist stationäre Pflege erforderlich, übernimmt die Pflegeversicherung die pflegebedingten Aufwendungen bis zu einem im Gesetz geregelten festen Betrag. Auf der Basis 1991 waren 2 100,— DM monatlich vorgesehen; für 1996 muß dieser Betrag entsprechend der Beitragsentwicklung angepaßt werden; die genaue Höhe läßt sich jetzt noch nicht angeben. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung muß der Versicherte — wie bei der häuslichen Pflege auch — selbst tragen.

e) Sonstige Leistungen

Die Leistungen bei häuslicher Pflege werden ergänzt um die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, soweit sie nicht von der Krankenversicherung oder anderen Leistungsträgern zu finanzieren sind, und um technische Hilfen im Haushalt, die der Erleichterung der

häuslichen Pflege dienen oder eine selbständigere Lebensführung des Pflegebedürftigen ermöglichen. Dazu zählen z. B. Pflegebetten, Rollstühle, Gehwagen, Hebegeräte (Lifter) und Polster für die Lagerung.

Zur Unterstützung der Pflegepersonen und zur Verbesserung der Qualität der häuslichen Pflege sollen die Pflegekassen Pflegekurse anbieten, die Kenntnisse zur Erleichterung und Verbesserung der Pflege und Betreuung vermitteln.

5. Kein ungerechtfertigter Export von Versicherungsleistungen ins Ausland

Für die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung ergeben sich zur Frage, ob Versicherungsleistungen ins Ausland zu erbringen sind, gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung keine Unterschiede. Im Ausland kann der Versicherte Pflegeleistungen nur beanspruchen, wenn dies durch Regelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts vorgesehen ist.

Innerhalb der EG-Mitgliedstaaten gilt folgendes: Bereits jetzt werden die Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit nach den §§ 53 ff. SGB V im Anhang VI Buchstabe C Ziff. 17 der Verordnung 1408/71 (EWG) über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer erfaßt. Die Leistungen einer eigenständigen Pflegeversicherung werden wegen ihrer Nähe zur gesetzlichen Krankenversicherung ebenfalls von der Verordnung erfaßt werden. Auch die in den Niederlanden gewährten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sind als Teil der Krankenversicherung in den Anwendungsbereich der Verordnung einbezogen.

Für die Frage der Exportpflicht von Leistungen einer sozialen Pflegeversicherung im EG-Bereich kommt es nach der Verordnung 1408/71 (EWG) darauf an, ob es sich um Sachleistungen handelt oder um Geldleistungen, die dem allgemeinen Lebensunterhalt dienen. Nach Gemeinschaftsrecht werden Sachleistungen nicht exportiert; Geldleistungen nur dann, wenn sie einen Verdienstausschlag ersetzen oder dem allgemeinen Lebensunterhalt dienen. Das heutige Pflegegeld nach dem SGB V gilt nach dem Recht der EG nicht als Geldleistung, sondern als Sachleistung, da es — jedenfalls in der sozialversicherungsrechtlichen Ausgestaltung — als Zuschuß für (ambulante) selbstbeschaffte Pflegeleistungen ausgestaltet ist („Sachleistungssurrogat“). Die Leistungen der Pflegeversicherung sind nach diesen Grundsätzen ausgestaltet.

Das bedeutet, daß EG-Bürger, die in Deutschland pflegeversichert sind, Sachleistungen der deutschen sozialen Pflegeversicherung grundsätzlich nur in Deutschland in Anspruch nehmen können.

6. Soziale Sicherung der Pflegepersonen

Um die Pflegebereitschaft im häuslichen Bereich zu fördern und den hohen Einsatz der Pflegepersonen anzuerkennen, die wegen der Pflegetätigkeit oftmals auf eine eigene Berufstätigkeit ganz oder teilweise

verzichten, wird die soziale Sicherung der Pflegepersonen über die mit der Rentenreform 1992 getroffenen Maßnahmen hinaus weiter verbessert. Für Personen, die wegen der Pflege nicht oder nur halbtätig erwerbstätig sind, zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Dabei richtet sich die Höhe der Beiträge nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit. Darüber hinaus werden die Pflegepersonen während der pflegerischen Tätigkeit in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen, in der Arbeitslosenversicherung werden Hilfen vorgesehen, um die Rückkehr in das Erwerbsleben nach Beendigung der häuslichen Pflege zu erleichtern.

7. Finanzierung der Pflegeversicherung

Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung werden durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber sowie durch einen Bundeszuschuß finanziert.

Die Beiträge richten sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Unterhaltsberechtigte Kinder und Ehegatten, deren monatliches Gesamteinkommen 530,— DM (Wert 1993 in den alten Bundesländern) nicht übersteigt, sind im Rahmen der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert.

Die Beiträge werden von den Beschäftigten und ihren Arbeitgebern je zur Hälfte aufgebracht. Bei Beziehern von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Eingliederungsgeld, Eingliederungshilfe für Spätaussiedler, Unterhaltsgeld und Altersübergangsgeld leistet die Bundesanstalt für Arbeit die Beiträge, bei Rehabilitanden der Rehabilitationsträger, bei Behinderten in Einrichtungen der Träger der Einrichtung, bei Empfängern von sonstigen Sozialleistungen zum Lebensunterhalt der zuständige Sozialleistungsträger. Die Beiträge der Rentner werden je hälftig von diesen selbst und von den Rentenversicherungsträgern aufgebracht.

Der Bundeszuschuß soll die Pflegeversicherung in die Lage versetzen, erhöhte Pflegeleistungen zu zahlen, um daraus auch die Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen abzudecken. Die Kosten der Pflegedienste und Pflegeheime werden über den Preis finanziert, der sowohl die Betriebskosten als auch die Investitionskosten umfaßt (monistische Finanzierung).

8. Beitragsbemessungsgrenze/Beitragssatz

Die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten werden für die Beitragsberechnung bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen. Es gilt im Einführungsjahr 1994 ein bundeseinheitlicher Beitragssatz von 1,0 Prozentpunkten und ab dem 1. Januar 1996 von 1,7 Prozentpunkten. Der Beitragssatz wird durch den Gesetzgeber festgelegt.

Der bundeseinheitliche Beitragssatz wird erreicht über einen kassenartenübergreifenden Finanzausgleich.

9. Sicherstellung der Versorgung

Den Pflegekassen wird im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtungen der Sicherstellungsauftrag für die pflegerische Versorgung der Versicherten übertragen. Die Pflegekassen schließen zur Erfüllung dieses Auftrags Versorgungsverträge mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen und sonstigen Leistungserbringern. Dazu werden folgende Regelungen vorgeschlagen:

a) Verträge mit Pflegeeinrichtungen

Die Pflegekassen dürfen zur Sicherstellung der häuslichen, teilstationären oder vollstationären Pflege nur solche ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen, mit denen ihre Landesverbände einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Im einzelnen ist vorgesehen:

- Zur Förderung des Wettbewerbs unter den Pflegeeinrichtungen wird ihre Zulassung durch Versorgungsvertrag nicht vom Bedarf abhängig gemacht. Entscheidend ist, ob die Einrichtung die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten bietet. Pflegeeinrichtungen, die bereits bisher Pflegeleistungen aufgrund von Verträgen mit Sozialleistungsträgern erbracht haben, erhalten Bestandsschutz, soweit sie den fachlichen Anforderungen entsprechen.
- Die Vielfalt der Träger der Pflegeeinrichtungen ist zu beachten.
- Den Landesverbänden der Pflegekassen wird ein Kündigungsrecht eingeräumt, wenn eine Pflegeeinrichtung nicht nur vorübergehend unwirtschaftlich arbeitet oder die erforderliche Qualität der Pflege nicht mehr gewährleistet ist.

Durch den Versorgungsvertrag werden die Pflegeeinrichtungen in ein öffentlich-rechtliches Leistungssystem mit Rechten und Pflichten eingebunden. Sie werden zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet und erhalten dafür als Gegenleistung einen Vergütungsanspruch gegenüber den Pflegekassen, soweit sie mit diesen eine Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen haben.

b) Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

Die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln soll ebenfalls durch Verträge zwischen den Pflegekassen und den Leistungserbringern sichergestellt werden. Die Vergütung soll — soweit möglich — durch Festbeträge begrenzt werden.

c) Qualitätssicherung

Die Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Landesverbände der Pflegekassen sollen die Möglichkeit erhalten, die Wirtschaftlichkeit und

Zweckmäßigkeit der ambulanten und stationären Pflegeleistungen durch geeignete, von ihnen bestellte Prüfer prüfen zu lassen.

10. Finanzierung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen

Die Pflegeversicherung kann ihre Aufgabe nur erfüllen, wenn sie auf ein ausreichendes, möglichst flächendeckendes Versorgungsangebot leistungsfähiger, sparsamer und eigenverantwortlich wirtschaftender Pflegeeinrichtungen (Sozialstationen, Pflegeheime, teilstationäre Einrichtungen) in freigemeinnütziger, privater und (subsidiär) öffentlicher Trägerschaft zurückgreifen kann. Der hierfür erforderliche Investitionsaufwand wird — auf der Basis 1991 — auf rd. 3 Mrd. DM jährlich geschätzt.

Länder und Kommunen werden im Jahr 1996 durch die Pflegeversicherung in einer Größenordnung von zwischen 7 und 8 Mrd. DM bei der Sozialhilfe entlastet. Diese Entlastungen sollen in Höhe von 3,6 Mrd. jährlich der Pflegeversicherung zugute kommen. Das soll in der Weise geschehen, daß die Einsparungen der Länder und Gemeinden dem Bund — über einen verfassungsrechtlich geeigneten Weg — zugeführt werden — gedacht ist dabei an eine anderweitige Verteilung der Umsatzsteuer oder die Entlastung des Bundes auf Kosten der Länder bei Geldleistungsgesetzen — und dieser sie im Wege eines Bundeszuschusses der Pflegeversicherung zur Verfügung stellt. Die Pflegekassen werden verpflichtet, den Bundeszuschuß für die Finanzierung der notwendigen Investitionen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu verwenden.

Die Regierungskoalition hat sich damit für ein monistisches Finanzierungssystem entschieden. Auf die Einführung eines zunächst erwogenen dualen Finanzierungssystems nach dem Vorbild des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wurde verzichtet. Der wesentliche Unterschied zwischen den beiden Systemen liegt darin, daß bei der dualen Finanzierung die Investitionskosten von den Ländern und die laufenden Betriebskosten von den Patienten oder ihren Kostenträgern (in erster Linie also den Pflegekassen) zu tragen wären, während im monistischen Finanzierungssystem Betriebskosten und Investitionskosten von den Pflegekassen „aus einer Hand“ über den Preis (Pflegesatz) zu zahlen sind.

Gegen das 1972 eingeführte duale System in der Krankenhausfinanzierung sind von Anfang an Bedenken geltend gemacht worden, insbesondere

- die Trennung von Investitions- und Betriebskosten und, damit verbunden, die Aufteilung der Finanzierungsverantwortung auf unterschiedliche Finanzierungsträger,
- die mit der Bewilligung und Verwendungskontrolle der Investitionsmittel verbundenen bürokratischen Verfahren,
- die dadurch bedingten zeitlichen Verzögerungen bei der baulichen und betrieblichen Weiterent-

wicklung der Krankenhäuser, vielfach verbunden mit höheren Betriebskosten,

- die staatliche Reglementierung des Krankenhausesgeschehens, die nicht selten über die Bedürfnisse einer regionalen Angebots- und Bedarfsplanung hinausgeht und die Entscheidungs- und Handlungsautonomie des einzelnen Krankenhauses in unangemessener Weise einschränkt,
- die unzureichende Berücksichtigung der von den Sozialleistungsträgern zu tragenden Folgekosten bei den Investitionsentscheidungen als Folge der unzureichenden Mitwirkung der Krankenkassen an der Bedarfsplanung.

Vor diesem Hintergrund hat die Regierungskoalition beschlossen, für die Finanzierung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen den Weg des dualen Finanzierungssystems nicht zu gehen, zumal dessen Einführung eine Grundgesetzänderung voraussetzt, um dem Bund (ebenso wie für die Krankenhausfinanzierung in Artikel 74 Nr. 19a des Grundgesetzes) eine Regelungskompetenz für die Investitionsförderung zu Lasten der Länder zu übertragen.

Die hier vorgeschlagene monistische Finanzierung hat nicht nur den betriebswirtschaftlichen Vorteil, daß Unternehmens- und Finanzierungsverantwortung in einer Hand — der des Trägers der Pflegeeinrichtung — liegen, sie sichert darüber hinaus auch eine wirtschaftliche Betriebsführung und Wettbewerbsneutralität für die Pflegeeinrichtungen.

11. Pflegevergütung

Die durch Versorgungsvertrag zur ambulanten oder stationären Pflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen haben Anspruch auf Vergütung der von ihnen erbrachten Pflegeleistungen. Die notwendigen Investitionsaufwendungen werden durch einen Investitionszuschlag auf die Pflegevergütung finanziert. Der Vergütungsanspruch richtet sich bei Versicherten gegen die zuständige Pflegekasse, soweit die Pflegeeinrichtung mit den Pflegekassen eine Pflegevereinbarung abgeschlossen hat. Für Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Pflege hat der Pflegebedürftige selbst aufzukommen.

Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze werden bei der voll- und teilstationären Pflege zwischen dem Träger des Pflegeheims und den Pflegekassen vereinbart. Bei Nichteinigung entscheidet eine unabhängige Schiedsstelle; gegen deren Entscheidung ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben.

Den Pflegeheimen ist auch weiterhin gestattet, mit den Pflegebedürftigen Zusatzleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie bei der pflegerischen Betreuung zu vereinbaren, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen.

Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung sollen ebenfalls zwischen der einzelnen Pflegeeinrichtung und den vor Ort betroffenen Sozialleistungsträgern (in erster Linie also den Pflegekassen) ausgehandelt werden. Die Vergütungen müssen leistungsgerecht sein. Bei

Nichteinigung entscheidet die unabhängige Schiedsstelle. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, eine Gebührenordnung zu erlassen, durch die verstärkte Anreize für eine kostengünstige Leistungserbringung geschaffen werden sollen. Die Gebührenordnung hat Vorrang vor einzelvertraglichen Vergütungsregelungen.

Sowohl die ambulante wie die stationäre Pflegevergütung sind durch die leistungsrechtlichen Höchstbeträge begrenzt. Eine Selbstkostendeckungsgarantie nach dem Vorbild des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist nicht vorgesehen.

Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen verzichten oder mit denen eine solche Vereinbarung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre Pflegeleistungen unmittelbar mit den Pflegebedürftigen vereinbaren. Den Pflegebedürftigen werden die Kosten für diese Leistungen von den Pflegekassen nur bis zu 80 v. H. ihres jeweiligen Leistungsanspruchs erstattet; der Investitionszuschlag darf den durchschnittlichen Investitionszuschlag aller zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Land nicht überschreiten. Eine weitergehende Kostenerstattung durch die Träger der Sozialhilfe ist unzulässig. Der Pflegebedürftige und seine Angehörigen sind rechtzeitig auf die Rechtsfolgen dieser Regelung hinzuweisen.

In allen Leistungsbereichen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten. Vereinbarungen über die Höhe der Vergütung, die diesem Grundsatz widersprechen, sollen unwirksam sein.

12. Datenschutz

Es wird sichergestellt, daß auch im Bereich der Pflegeversicherung der notwendige Schutz personenbezogener Daten gewährleistet ist. Daten im Zusammenhang mit Pflege sind regelmäßig besonders sensibel. Medizinische Berichte oder Befunde, die zur Begutachtung und zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit herangezogen werden müssen, betreffen vielfach die persönlichsten Lebensbereiche. Dies gilt insbesondere auch für Daten, die Familie und Nachbarschaft des Pflegebedürftigen einbeziehen und für die Entscheidung der Pflegekasse, ob und welche Leistungen zu gewähren sind, von Bedeutung sind.

Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen knüpfen an die Datenschutzvorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung an, die in vergleichbarer Weise sowohl den Schutz der Versichertendaten als auch den notwendigen Datenfluß zu gewährleisten haben. Sie tragen dem informationellen Selbstbestimmungsrecht der Versicherten, insbesondere der Pflegebedürftigen, Rechnung.

B. Private Pflege-Pflichtversicherung

1. Neben der sozialen Pflegeversicherung für den Personenkreis der GKV-Versicherten wird eine private Pflege-Pflichtversicherung eingeführt. In dieser privaten Pflege-Pflichtversicherung werden

diejenigen Personen versichert, die ihr Krankheitsrisiko bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung abgesichert haben. Durch diese Zuordnung wird erreicht, daß die Pflegeversicherung der Krankenversicherung folgt und Abgrenzungstreitigkeiten zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit weitgehend vermieden werden.

Von der Zuordnung zur privaten Pflege-Pflichtversicherung sind vor allem Beamte, Richter, Soldaten, Selbständige und Arbeitnehmer mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung (im Jahr 1993: 5 400 DM in den alten Bundesländern) betroffen; es handelt sich um einen Personenkreis von ca. 6,7 Millionen Personen.

Die betroffenen Personen werden verpflichtet, bei ihrem Krankenversicherungsunternehmen einen Versicherungsvertrag abzuschließen, der für sie selbst sowie die unterhaltsberechtigten Familienangehörigen Vertragsleistungen vorsieht, die den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach Art und Umfang gleichwertig sind.

Die privaten Krankenversicherer haben verbandsintern durch entsprechende Kontrollen sicherzustellen, daß die bei ihnen gegen Krankheit Versicherten ihre gesetzliche Pflicht zur Absicherung des Pflegerisikos erfüllen. Die Nichterfüllung von Meldepflichten wird mit einem Bußgeld belegt.

Bei beihilfeberechtigten Personen reicht für die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes ein die Beihilfeleistungen ergänzender privater Teilkostentarif.

2. Zum Schutz der Versicherten müssen die privaten Versicherungsunternehmen gewährleisten, daß

- Leistungen erbracht werden, die der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind,
- angemessene Bedingungen und Beiträge auch für die Älteren angeboten werden,
- auch die bereits Pflegebedürftigen mit in den Versicherungsschutz einbezogen werden.

Um dies sicherzustellen, sind im Gesetz Rahmenbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung vorgeschrieben, die insbesondere den Kontrahierungszwang, das Leistungsangebot, die Beitragsgestaltung und die Aufnahme der bereits Pflegebedürftigen betreffen (vgl. Zehntes Kapitel des Gesetzentwurfs §§ 119f.).

Diese Bedingungen, die bisher in der privaten Versicherungswirtschaft nicht üblich waren und die auch wesentliche Elemente einer Umlagefinanzierung enthalten, sind vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Ausgestaltung einer privaten Pflege-Pflichtversicherung angeboten worden. Die Realisierbarkeit im einzelnen bedarf noch weiterer Prüfung im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens.

Arbeitnehmer, die Mitglied einer privaten Pflege-Pflichtversicherung sind, erhalten einen Beitragszuschuß ihres Arbeitgebers in Höhe von 50 % bis

zur Höchstgrenze des Arbeitgeberbeitrages in der sozialen Pflegeversicherung.

IX. Ausgleich der Belastungen der Wirtschaft

Gemäß Ziffer 9 der Koalitionsvereinbarung vom 27. Mai 1993 sollen die Belastungen der Wirtschaft aus den Pflichtbeiträgen der Arbeitgeber zur Pflegeversicherung ausgeglichen werden, weil im Interesse der Sicherung der Arbeitsplätze ein weiterer Anstieg der Lohnzusatzkosten vermieden werden muß. Einer Schwächung der Investitionstätigkeit und einer Beeinträchtigung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit, die unmittelbare negative Auswirkungen auf die Beschäftigung hätten, muß entgegengewirkt werden. Schon die Grundsatzbeschlüsse von CDU und CSU zur Pflegeversicherung vom Herbst 1991 gingen davon aus, daß eine soziale Pflegeversicherung nur unter der Bedingung eines Ausgleichs der entstehenden Beitragsbelastungen verwirklicht werden könne.

Den Überlegungen von der Notwendigkeit eines Ausgleichs liegt die Erkenntnis zugrunde, daß für die Lohnzusatzkosten der Wirtschaft die Belastungsgrenze erreicht ist. Sozialprobleme können in Zukunft nicht mehr einfach durch weitere Ausgabensteigerungen gelöst werden. Das verbietet sich aus der Verantwortung für die Sicherung der Arbeitsplätze und die Konkurrenzfähigkeit der Wirtschaft. Neue soziale Nöte verlangen vielmehr, daß auch alte Besitzstände in Frage gestellt werden und Prioritäten gesetzt werden müssen. Auf soziale Leistungen, die heute der einzelne durchweg selbst bezahlen kann, muß verzichtet werden, um wichtigere Sozialleistungen, deren Kosten die Kraft des einzelnen überfordern, solidarisch finanzieren zu können. Dieses Prinzip vom sozialen Umbau ist erstmals bei der Gesundheitsreform des Jahres 1988 verwirklicht worden. Deshalb wurde auch das große Vorhaben zur Schaffung einer sozialen Pflegeversicherung von Anfang an zu Recht mit einer Politik des notwendigen Umbaus des Sozialstaates verbunden.

Um die gesetzlichen Lohnzusatzkosten nicht weiter steigen zu lassen, müssen in anderen Bereichen der sozialen Sicherung Einsparungen für die Wirtschaft durchgesetzt werden, mit denen die Belastungen der Wirtschaft aus den Beiträgen zur Pflegeversicherung aufgefangen werden (vgl. dazu im einzelnen Teil C, Ziff. II).

Der Belastungsausgleich wird durch Umsetzung folgender, in der Koalitionsvereinbarung vom 27. Mai 1993 festgelegter Maßnahmen erreicht:

1. Durch Einsparungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von bis zu 6,7 Mrd. DM
 - a) Wegfall der Pflegeleistungen in der GKV 4 Mrd. DM
 - b) Senkung der Krankenkassenausgaben für Krankenhauspflege durch Umwidmung oder Abbau von fehlbelegten Krankenhausbetten bis zu 2,7 Mrd. DM

Zu a)

Wegfall der häuslichen Pflegehilfen in der Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung wird ab 1994 mit Einführung der ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung von den mit dem Gesundheits-Reformgesetz neu geschaffenen Pflegeleistungen für Schwerpflegebedürftige vollständig entlastet; die Leistungen für häusliche Pflegehilfen nach den §§ 53 ff. SGB V fallen künftig weg (vgl. Artikel 4 Nr. 6). Das Entlastungsvolumen wird bei 4 Mrd. DM liegen; denn im Jahre 1994 werden die Pflegeleistungen der Krankenkassen, die im Jahre 1991 Ausgaben von 2,1 Mrd. DM und 1992 von 2,8 Mrd. DM verursacht haben, rd. 4 Mrd. DM betragen.

Zu b)

Abbau der Fehlbelegung im Krankenhaus

In den Akutkrankenhäusern, vor allem in den Abteilungen für Innere Krankheiten und für Geriatrie, sind erhebliche Anteile der Betten mit Patienten belegt, die zwar pflegebedürftig sind, aber nicht mehr der Krankenhauspflege bedürfen. Die Fehlbelegungsquote mit Pflegebedürftigen wird für die alten Bundesländer auf 5 v. H. aller Pflegetage geschätzt, für die neuen Bundesländer sogar auf 20 v. H. Die Quote ist in den neuen Bundesländern deshalb höher, weil dort nach dem Recht der früheren DDR Pflegebedürftige für eine bestimmte Zeit zu Lasten der Sozialversicherung im Krankenhaus verbleiben konnten.

Bei einer intakten Infrastruktur für ambulante und stationäre Pflegeleistungen könnten die Fehlbelegungen von Krankenhäusern vermieden und dadurch Krankenhausaussparungen eingespart werden. Das ergibt ein mittel- und langfristig realisierbares Einsparvolumen von bis zu 2,7 Mrd. DM.

2. Durch Einführung einer Selbstbeteiligung bei der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

— Wegfall der Entgeltfortzahlung an den ersten beiden Krankheitstagen, höchstens an 6 Tagen im Kalenderjahr (bezogen auf die Datenbasis 1993)

13,5 Mrd. DM

a) Das Einsparvolumen durch Wegfall der Entgeltfortzahlung am ersten und zweiten Krankheitstag beträgt bei Beschränkung auf maximal 6 Tage pro Person und Jahr und in der vorgesehenen sozialen Ausgestaltung rd. 13,5 Mrd. DM. Der Verlust der Entgeltfortzahlung kann ersatzweise durch den Einsatz von bis zu 6 Urlaubstagen ausgeglichen werden. Die Entgeltfortzahlung entfällt nicht, wenn die Krankheit während einer Schwangerschaft eintritt, auf einem Arbeitsunfall beruht oder wenn sie eine Berufskrankheit im Sinne der Unfallversicherung ist.

b) Die Weiterentwicklung und der Umbau des Sozialstaats machen Neubestimmungen in allen Bereichen der sozialen Sicherung erforder-

lich, auch bei der Sicherung der Arbeitnehmer im Krankheitsfall. Ein solches Element zukunftsgestaltender Regelungen ist die in der Krankenversicherung bewährte Begrenzung der Kosten durch Eigenbeteiligung. Die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall ist — neben den Mutterschaftsleistungen — die einzige soziale Einkommenssicherung, die vom ersten Tag an zu 100 v. H. gewährt wird. Mit dem Entfallen der Entgeltfortzahlungen am ersten und zweiten vollen Arbeitstag der Arbeitsunfähigkeit wird eine solche Selbstbeteiligung der Arbeitnehmer nunmehr auch hier eingeführt. Entsprechende gesetzliche Regelungen, nach denen Arbeitnehmer an einem oder mehreren Tagen grundsätzlich keine Geldleistungen erhalten, bestehen bereits in mehreren europäischen Ländern beziehungsweise werden dort diskutiert.

c) Zur Sicherung der Effektivität der sozialen Sicherungssysteme bedarf es in allen Bereichen einer stärkeren Bekämpfung mißbräuchlicher Ausnutzung. Die Höhe des Krankenstandes stellt die Betriebe teilweise vor erhebliche Probleme, die nicht allein auf der Kostenseite liegen, sondern auch bei der Personaleinsatzplanung und der Mitarbeitermotivation. Die Kurzzeitkrankmeldungen sind im Zeitraum von 1970 bis 1990 von 5,4 v. H. auf 25,6 v. H. angestiegen. Die Einführung einer Selbstbeteiligung bei der Entgeltfortzahlung kann einen wesentlichen Beitrag zur Eingrenzung von Mißbrauch leisten, ebenso wie die vorgesehene Verpflichtung des Arbeitnehmers zur Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit.

d) Angesichts des Anstiegs des durchschnittlichen tariflichen Urlaubs von 15 Tagen im Jahr 1956 (als wegen der Lohnfortzahlung gestreikt wurde) und 21 Tagen im Jahre 1970 (als die Lohnfortzahlung gesetzlich verankert wurde) auf 30,7 Tage im Jahre 1990 ist der vorgesehene Weg, der dem einzelnen die Wahlfreiheit gibt, über die Auswirkung der Entgeltkürzung — geringeres Einkommen oder ersatzweise geringfügig weniger Urlaub — selbst zu befinden, durchaus sozial vertretbar. Hinzu kommt, daß über die Urlaubstage hinaus in beachtlichem Umfang Arbeitsbefreiung unter Fortzahlung des Entgelts üblich ist, beispielsweise die Arbeitszeitverkürzungstage im öffentlichen Dienst oder Arbeitsbefreiung aus den unterschiedlichsten familiären Anlässen. Mit der Selbstbeteiligung bei der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall ist auch keine nur einseitige Belastung der Arbeitnehmer verbunden. Die Arbeitnehmer und ihre Familienangehörigen erhalten durch die Umbaumaßnahme innerhalb des sozialen Netzes durch die Pflegeversicherung solidarischen Schutz im Pflegefall. Dabei ist von wesentlicher Bedeutung, daß dieser Schutz nicht nur im Alter, sondern jederzeit durch eine angeborene Behinderung, durch Unfall oder Krankheit notwendig werden kann.

e) Eine tarifliche Absicherung der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall steht einer Beschränkung der Entgeltfortzahlung durch den Gesetzgeber nicht entgegen. Der insoweit erforderliche Eingriff in die verfassungsrechtlich geschützte Tarifautonomie (Artikel 9 Abs. 3 Grundgesetz) berührt nicht deren Kernbereich. Die Einführung der Selbstbeteiligung entspricht auch dem verfassungsrechtlich gebotenen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, weil nur so die notwendige Weiterentwicklung und der Umbau des Sozialstaates als auch die Bekämpfung von Mißbrauch erreichbar sind.

f) Die Regelungen über die Selbstbeteiligungen bei der Entgeltfortzahlung gelten für alle abhängig Beschäftigten, also für Arbeiter und Angestellte in gleicher Weise. Sie sollen aber auch auf Beamte, Richter und Soldaten, außerdem auch auf Minister und Abgeordnete ausgedehnt werden. Neben der Änderung des auf die Arbeiter und Angestellten anzuwendenden Entgeltfortzahlungsgesetzes werden daher die für spezielle Personengruppen geltenden Rechtsvorschriften entsprechend angepaßt (vgl. Artikel 17 a ff.).

Die Übertragung der Selbstbeteiligungsregelungen auf den Personenkreis der Beamten, Richter und Soldaten usw., der in einem besonderen öffentlich-rechtlichen Dienst- oder Amtsverhältnis steht, ist zunächst politisch geboten. Denn die Selbstbeteiligung kann nicht auf einzelne Gruppen von Beschäftigten beschränkt werden. Sie ist nur dann akzeptabel, wenn alle in gleicher Weise davon betroffen sind.

Das gilt auch unabhängig davon, daß die Einbeziehung der Beamten usw. in die Selbstbeteiligungsregelungen nicht der unmittelbaren oder mittelbaren Entlastung der Wirtschaft dienen soll, wie das bei den gewerblichen Arbeitnehmern und Arbeitgebern der Fall ist. Bei den Beamten steht die Verhinderung einer mißbräuchlichen Inanspruchnahme von Alimentation im Krankheitsfall im Vordergrund. Der Zustand der öffentlichen Kassen fordert eine nachdrückliche Unterbindung mißbräuchlicher Besoldung bei vorgeschobener Krankheit. Hierzu ist die Einführung der Selbstbeteiligung an den ersten beiden Krankheitstagen ein geeignetes und auch verhältnismäßiges Instrument der Selbststeuerung, dem eine weit höhere Wirkung beizumessen ist als alleinigen Kontrollmaßnahmen.

3. Durch verstärkte Bekämpfung von Mißbrauch bei der Entgeltfortzahlung bis zu 2,9 Mrd. DM.

Zur Entlastung der Unternehmen ist weiter vorgesehen, in verstärktem Umfang Mißbräuchen bei der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall zu begegnen, indem Instrumente zur Aufdeckung und Verhinderung von Entgeltfortzahlung bei nicht begründeter Arbeitsunfähigkeit geschaffen oder verstärkt werden. Hierdurch werden die vorgenannten Regelungen zur Selbstbeteiligung bei der Ent-

geltfortzahlung sinnvoll und wirksam ergänzt und flankiert; insbesondere soll verhindert werden, daß wegen der neuen Selbstbeteiligung in längere Zeiten nicht begründeter Arbeitsunfähigkeit ausgewichen wird.

Um der ungerechtfertigten Inanspruchnahme der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall verstärkt entgegenzutreten, wird zunächst die Nachweispflicht bei Arbeitsunfähigkeit im Entgeltfortzahlungsrecht verschärft. Zugleich werden noch folgende Maßnahmen im Krankenversicherungsrecht getroffen:

- Überprüfung der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit durch die Krankenkassen auch in den ersten sechs Wochen, insbesondere bei Auffälligkeiten,
- Verankerung des Rechts des Arbeitgebers, unmittelbar eine Überprüfung der Krankmeldung durch die Krankenkassen, auch unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes, verlangen zu können,
- arztbezogene und versichertenbezogene Stichprobenprüfungen durch die Krankenkassen,
- Konsequenzen gegenüber Ärzten, die leichtfertig krankschreiben, beispielsweise durch Verpflichtung zum Schadensersatz gegenüber dem Arbeitgeber.

Bei einem Ausgabenvolumen von rd. 56 Mrd. DM jährlich für die Entgeltfortzahlung und unter Berücksichtigung des hohen Krankenstandes einerseits und der bisher in den ersten sechs Wochen weitgehend fehlenden Kontrollen andererseits erscheint es realistisch, mit den vorgenannten neuen Instrumenten eine erhebliche Reduzierung des Krankenstandes und damit ein Einsparvolumen zugunsten der Unternehmen in Höhe von bis zu 10 v. H. oder wenigstens 5 Mrd. DM zu erreichen. Aufgrund der vorgesehenen Kombination von Wegfall der Entgeltfortzahlung an den beiden ersten Krankheitstagen und verstärkten Kontrollen vermindert sich das aufgezeigte Einsparpotential auf bis zu 2,9 Mrd. DM.

4. Durch Einsparungen in der Sozialhilfe

- Wegfall von Pflegeleistungen in der Sozialhilfe 7 bis 8 Mrd. DM

Die örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger werden mit Einführung der sozialen Pflegeversicherung in großem Umfang von ihren bisherigen Hilfen zur Pflege (§§ 68, 69 BSHG) entlastet; die Ausgaben der Sozialhilfeträger lagen im Jahre 1991 bei rd. 12,7 Mrd. DM (neuere statistische Angaben sind derzeit nicht verfügbar).

Bei häuslicher Pflege werden das vorgesehene Pflegegeld bis zu 1 200,— DM monatlich und die alternativ vorgesehenen Pflegesachleistungen mit bis zu 75 Einsätzen monatlich die Inanspruchnahme der Sozialhilfe weitestgehend überflüssig machen. Nach den heutigen Erkenntnissen gibt es nur ganz wenige Pflegebedürftige, bei denen mehr als 3 Pflegeeinsätze pro Tag erforderlich sind.

Im Bereich der stationären Pflege werden die Übernahme der pflegebedingten Kosten und die Verpflichtung, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung im Wege der Eigenleistung selbst zu tragen, zu einer großen Entlastung der Sozialhilfe führen.

Die Netto-Entlastung der Sozialhilfeträger ist, selbst bei vorsichtigen Annahmen, nach Einführung aller Leistungen im Jahre 1996 auf 7 bis 8 Mrd. DM zu beziffern. Über eine veränderte Verteilung der Umsatzsteuer sollen die Länder und dadurch auch die kommunalen Sozialhilfeträger einen Teil dieser Entlastung zur Finanzierung der Investitionskosten zur Verfügung stellen. Die dann verbleibende Netto-Entlastung kommt allen Steuerzahlern und den Arbeitgebern nur unspezifisch zugute. Darum kann der Entlastung der Sozialhilfeträger eine bezifferbare kompensatorische Wirkung zugunsten der Arbeitgeber nicht beigemessen werden.

5. Die rechtlichen Grundlagen zur Sicherung der vorgenannten Einsparungen werden dadurch geschaffen, daß zugleich mit dem Gesetz zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit folgende Änderungen anderer Gesetze in Kraft treten:

- a) Änderungen des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs
 - Wegfall der Leistungen der häuslichen Pflegehilfe (s. Artikel 4 Nr. 6),
 - Regelungen zur Verschärfung der Kontrollen bei Arbeitsunfähigkeit (s. Artikel 4 Nr. 4 und 9).
- b) Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Abbau der Fehlbelegung, s. Artikel 14).
- c) Änderungen des Lohnfortzahlungsgesetzes
 - Selbstbeteiligung bei der Entgeltfortzahlung (s. § 3 des Entwurfs eines Entgeltfortzahlungsgesetzes),
 - Verschärfte Nachweispflicht bei Arbeitsunfähigkeit (s. § 5 des Entwurfs eines Entgeltfortzahlungsgesetzes).
- d) Änderungen des Bundesbesoldungsgesetzes (s. Artikel 17a), des Bundesministergesetzes (s. Artikel 17b), des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Parlamentarischen Staatssekretäre (s. Artikel 17c) und des Abgeordnetengesetzes (s. Artikel 17d) zur Einführung der Selbstbeteiligung im Krankheitsfall.
- e) Änderungen des Bundessozialhilfegesetzes (s. Artikel 15).

6. Darüber hinaus ist für den Bereich des im Arbeitsförderungsgesetzes durch die 10. Novelle vom 18. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2044) der Gedanke des Umbaus im sozialen Netz schon erfolgreich umgesetzt worden, indem durch eine Reihe von Maßnahmen — wie den Wegfall von Eingliederungshilfen für Aussiedler, Einsparungen beim Arbeitslosengeld in Fällen sogenannter Frühver-

rentung — die Beitragszahler zur Arbeitslosenversicherung in Höhe von insgesamt 5,5 Mrd. DM entlastet werden.

B. Besonderer Teil

Zum Ersten Teil — Ergänzung des Sozialgesetzbuches

Zu Artikel 1 — Sozialgesetzbuch (SGB)
— Elftes Buch (XI) —
Soziale Pflegeversicherung

Zum Ersten Kapitel — Allgemeine Vorschriften

Allgemeines

Das Kapitel enthält allgemeine Vorschriften über die Einführung und Ausgestaltung der sozialen Pflegeversicherung (PflegeVG). Zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit wird eine soziale Pflegeversicherung als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eingeführt. Die Aufgaben, die Ziele, die Inhalte, die Organisation sowie die Grundprinzipien dieses Versicherungszweiges werden normiert; das Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu den Pflegeleistungen anderer Rechtsbereiche wird bestimmt.

Die Vorschriften dieses Kapitels geben zum einen den Rahmen für die Durchführung und Ausgestaltung der Pflege-Sozialversicherung vor und zeigen zum anderen auf, wie durch die Pflegeversicherung die Situation der Pflegebedürftigen aktuell und zukunftsweisend verbessert wird.

Zu den Einzelvorschriften

Zu § 1 — Soziale Pflegeversicherung

Die Vorschrift regelt die Einführung einer sozialen Pflegeversicherung, zeigt deren Grundstrukturen auf und umschreibt den versicherten Personenkreis.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt den Ausbau der Sozialversicherung durch die Einführung einer sozialen Pflegeversicherung. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit wird nach den bewährten Vorbildern unseres sozialen Versicherungssystems entsprechend den Risiken Krankheit, Unfall, Alter und Arbeitslosigkeit im Rahmen eines neuen eigenständigen Zweiges der Sozialversicherung abgesichert.

Zu Absatz 2

Absatz 2 verdeutlicht, daß die soziale Pflegeversicherung und ihre Schutzfunktionen allen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, zugute kommen. Die Personengruppen, die privat gegen das Risiko Krankheit versichert sind, nehmen an der Absicherung des Pflegerisikos im Rahmen der Sozialversicherung nicht teil. Für diese Personen besteht die Verpflichtung zum Abschluß einer privaten Pflegeversicherung bei dem Versicherungsunternehmen, bei dem der Krankenversicherungsschutz besteht.

Zu Absatz 3

Die Träger der sozialen Pflegeversicherung sind öffentlich-rechtliche Körperschaften mit Selbstverwaltung. Die Durchführung der Aufgaben der Pflegekassen obliegt aufgrund gesetzlichen Auftrages den gesetzlichen Krankenkassen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 legt den Aufgabenbereich der Pflegeversicherung fest. Sie soll den Pflegebedürftigen Hilfen zur Verfügung stellen, die aufgrund des Ausmaßes ihrer Pflegebedürftigkeit in einer Weise belastet sind, daß ein Eintreten der Solidargemeinschaft notwendig wird, um eine Überforderung der Leistungskraft des Pflegebedürftigen und seiner Familie zu verhindern.

Zu Absatz 5

Die Pflegeversicherung wird in zwei Stufen eingeführt. Die schnelle Einführung der Leistungen bei häuslicher Pflege bereits zum 1. Januar 1994 trägt der Zielsetzung Rechnung, die ambulante Pflege besonders zu fördern, die häuslichen Pflegepersonen möglichst rasch zu unterstützen und zu entlasten und so die Bereitschaft zur familiären Pflege zu erhalten und zu steigern.

Der zeitliche Abstand ist sachgerecht, um den Bereich der ambulanten Pflege auszubauen und zu stabilisieren und damit einem möglichen Sog ins Pflegeheim entgegenzuwirken.

Zu Absatz 6

In Absatz 6 wird festgelegt, daß die Ausgaben der Pflegeversicherung durch Beiträge und durch einen Bundeszuschuß finanziert werden. Die Grundsätze für die Beitragsfinanzierung der sozialen Pflegeversicherung werden dargestellt.

Die Einführung des Bundeszuschusses ist die Konsequenz aus der Entscheidung für ein monistisches System zur Finanzierung sowohl der Betriebs- als auch der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen über den Preis. Das bedeutet, daß auch die Investi-

tionskosten über den Pflegesatz gedeckt werden. Sie sollen aber aus den Einsparungen der Sozialhilfeträger finanziert werden und nicht zu Lasten der Pflegebedürftigen oder der Beitragszahler gehen. Der Finanzzuschuß wird für den Bund kostenneutral zu Lasten der Länder finanziert. Dazu soll entweder die Verteilung des Umsatzsteueraufkommens zugunsten des Bundes geändert oder der Länderanteil im Rahmen von Bundesleistungsgesetzen entsprechend erhöht werden; die näheren Einzelheiten hierzu bedürfen noch der Klärung im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens.

Zu § 2 — Selbstbestimmung

Zu Absatz 1

Pflegebedürftigkeit bedeutet in der Regel, daß der Pflegebedürftige Einschränkungen in der freien Gestaltung seines Lebens hinnehmen muß. Die Hilfen der Pflegeversicherung sollen so gestaltet und eingesetzt werden, daß sie dazu beitragen, die Möglichkeiten zu einer selbstbestimmten Lebensführung im Rahmen der verbliebenen Leistungsfähigkeit nutzen zu können.

Zu Absatz 2

Das Wunsch- und Wahlrecht ist eine wesentliche Voraussetzung zur Führung eines menschenwürdigen Lebens bei Pflegebedürftigkeit. Die Leistungsgewährung darf nicht bevormunden. Allerdings kann die Solidargemeinschaft nur für angemessene Wünsche im Rahmen des vorgesehenen Leistungsrechts eintreten.

Zu Absatz 3

Den religiösen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen soll Rechnung getragen werden. Insbesondere soll sichergestellt werden, daß bei einer Heimunterbringung das religiöse Bekenntnis des Pflegebedürftigen geachtet wird und eine seelsorgerische Betreuung erfolgen kann.

Zu Absatz 4

Um zu gewährleisten, daß Pflegebedürftige ihre Wünsche äußern und auch tatsächlich von ihren Wunsch- und Wahlrechten Gebrauch machen können, sind die Pflegekassen verpflichtet, über die Rechte nach den Absätzen 2 und 3 zu informieren.

Zu § 3 — Vorrang der häuslichen Pflege

Die Vorschrift stellt eines der wesentlichen Ziele der Pflegeversicherung heraus, in besonderem Maße die häusliche Pflege zu unterstützen und zu fördern; zudem bestimmt sie den Vorrang von teilstationären Leistungen und der Kurzzeitpflege, als einer besonde-

ren, zeitlich begrenzten Form der vollstationären Pflege, vor anderen Leistungen für vollstationäre Pflege.

Zu Satz 1

Vorrang der häuslichen Pflege bedeutet nicht, daß stationär erbrachte Pflege- und Betreuungsleistungen gegenüber der ambulanten Pflege als weniger human einzustufen sind. Der Vorrang der häuslichen Pflege führt auch nicht zu einer eingeschränkten Berücksichtigung der individuellen Pflegesituation bei der Leistungsgewährung. Er hat dort seine Grenzen, wo eine angemessene Versorgung und Betreuung nicht sichergestellt ist. Stellt der Medizinische Dienst bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit und bei den Folgeuntersuchungen (§ 16) Mängel fest, so hat er darauf hinzuwirken, daß entweder professionelle häusliche Pflege in Form der Sachleistung in Anspruch genommen wird, oder daß sich der Pflegebedürftige für die stationäre Pflege entscheidet.

Der Vorrang der ambulanten bzw. häuslichen Pflege trägt vor allem den Bedürfnissen und Wünschen der Pflegebedürftigen Rechnung. Es ist der Wunsch der weit überwiegenden Zahl pflegebedürftiger Menschen, Pflege und Betreuung so lange wie möglich in der vertrauten Umgebung zu erhalten. Durch die Verbesserung der Pflegebedingungen im häuslichen Bereich wird zudem die Bereitschaft der Familien, Angehörige zu Hause zu pflegen, nachhaltig unterstützt und gefördert.

Dies kommt auch den Interessen der pflegenden Angehörigen entgegen, denn die im häuslichen Wohnbereich lebenden Pflegebedürftigen erhalten in der überwiegenden Zahl der Fälle Hilfe ausschließlich von Angehörigen. Dabei wird die häusliche Pflege oftmals unter großen, nicht selten unzumutbaren persönlichen Opfern und Anstrengungen erbracht. Nicht zuletzt aufgrund der veränderten Familienstrukturen wird es immer schwieriger, den Anforderungen der häuslichen Pflege zu entsprechen. Hilfen zur Pflege im ambulanten Bereich können wesentlich zu einer physischen, psychischen und finanziellen Bewältigung der Pflegesituation beitragen und so die häusliche Pflege durch Angehörige sowie durch sonstige ehrenamtliche Pflegekräfte — beispielsweise durch Nachbarn und Freunde — erleichtern.

Der Vorrang der häuslichen Pflege berücksichtigt zudem, daß die stationäre Pflege und Betreuung auf Dauer — jedenfalls bei den Stufen I und II (§ 13) — teurer ist als die ambulante Versorgung. Im Interesse der Solidargemeinschaft der Versicherten müssen deren begrenzte finanzielle Mittel in optimaler Weise genutzt werden.

Zu Satz 2

Aus dem Vorrang der häuslichen Pflege folgt, daß teilstationäre Leistungen und Kurzzeitpflege gegenüber den Leistungen bei nicht nur vorübergehender vollstationärer Pflege vorrangig sind. Diese Leistun-

gen ergänzen oder ersetzen häusliche Pflege. Sie stellen sicher, daß die enge Beziehung des Pflegebedürftigen zu seiner Familie und seinem Wohnbereich aufrechterhalten bleibt. Die teilstationären Pflegeleistungen und die Kurzzeitpflege gehen deshalb grundsätzlich vor.

Zu § 4 — Art und Umfang der Leistungen

Die Vorschrift beschreibt die Leistungsarten, deren Umfang sowie die Eigenleistungen der Versicherten.

Zu Absatz 1

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden als Dienst-, Sach- und Geldleistungen sowie in Form der Kostenerstattung, soweit eine solche in diesem Buch vorgesehen ist, erbracht. Die Leistungen sollen dazu beitragen, den Bedarf der Pflegebedürftigen an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung zu decken. Zur Grundpflege gehören pflegerische nicht-medizinische Leistungen, z. B. Hilfen bei der Körperpflege und der Hygiene, beim Betten und Lagern sowie bei der Nahrungsaufnahme. Die hauswirtschaftliche Versorgung umfaßt diejenigen Tätigkeiten, die der allgemeinen Wirtschafts- und Lebensführung dienen, insbesondere das Reinigen der Wohnung und die Versorgung mit Wäsche. Die Behandlungspflege hat insbesondere medizinische Hilfeleistungen wie Injektionen, Verbändewechsel oder Verabreichung von Medikamenten zum Gegenstand und ist keine Leistung der Pflegeversicherung; sie wird weiterhin im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht.

Zu Absatz 2

Mit den Leistungen der Pflegeversicherung wird eine Vollversorgung der Pflegebedürftigen weder angestrebt noch erreicht. Die Pflegeversicherung stellt eine soziale Grundsicherung in Form von unterstützenden Hilfeleistungen dar, die Eigenleistungen der Versicherten nicht entbehrlich machen. Im ambulanten Bereich obliegt es den Versicherten, einen durch die Leistungen der Pflegeversicherung nicht gedeckten Pflege- und Betreuungsbedarf selbst sicherzustellen. Derzeit erbringen Sozialstationen durchschnittlich täglich 1 bis 2 Einsätze je betreuter Person. In dieser Zahl sind jedoch auch die Einsätze enthalten, die im Rahmen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V erbracht werden. Damit ist davon auszugehen, daß die vorgesehenen Leistungen (bis zu 75 Einsätze im Monat) grundsätzlich dem Bedarf gerecht werden. Reichen die Leistungen der Pflegeversicherung im Einzelfall nicht aus, muß der Pflegebedürftige die weitergehenden Leistungen mit eigenen Mitteln bezahlen, gegebenenfalls führt dieser weitergehende Bedarf zu Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz.

Bei vollstationärer Pflege besteht die Eigenleistung des Versicherten in der Übernahme der Kosten für

Unterkunft und Verpflegung. Dies ist zumutbar, da der Versicherte diese Kosten außerhalb der Einrichtung auch selbst zu tragen hätte. Der Anteil des Pflegesatzes, der auf Unterkunft und Verpflegung entfällt, kann mit etwa einem Drittel angesetzt werden, wenn man davon ausgeht, daß die Investitionen im Pflegesatz nicht mehr enthalten sein werden. Auch hier gilt, daß der Pflegebedürftige gegebenenfalls Leistungen der Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt) in Anspruch nehmen muß.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält allgemeine Grundsätze der Leistungserbringung. Im Interesse der Solidargemeinschaft werden alle Beteiligten zur Wirtschaftlichkeit verpflichtet. Die Vorschrift macht deutlich, daß der notwendige Standard pflegerischer Leistungen gewährleistet wird, Leistungen im Übermaß jedoch ausgeschlossen sind.

Zu § 5 — Vorrang von Prävention und Rehabilitation

Zu Absatz 1

Der Vorrang von Prävention und Rehabilitation vor der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen ist ein wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik. Die Maßnahmen der Prävention und der Rehabilitation sind aber nicht nur unter humanen Aspekten von hohem Stellenwert, sondern auch wegen ihrer positiven wirtschaftlichen Folgen. Pflegebedürftigkeit führt zu negativen gesamtwirtschaftlichen Folgen, da sie mit einer kostenintensiven Inanspruchnahme der sozialen Sicherungssysteme verbunden ist. Um den Zeitpunkt der Pflegebedürftigkeit hinauszuschieben, Pflegebedürftigkeit zu mindern oder ganz zu vermeiden, haben die Pflegekassen daher bei den zuständigen Leistungsträgern (z. B. Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern) darauf hinzuwirken, daß die zur Verfügung stehenden Maßnahmen der Prävention, der Krankenbehandlung und der Rehabilitation voll genutzt werden.

Zu Absatz 2

In vielen Fällen ist es auch nach eingetretener Pflegebedürftigkeit noch möglich, durch Rehabilitation das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit zu beeinflussen und dadurch die Abhängigkeit von fremder Hilfe zu verringern.

Beispiele für erfolgversprechende Rehabilitationsmaßnahmen bei eingetretener Pflegebedürftigkeit sind die konsequenten krankengymnastischen Behandlungen bei Lähmungen (z. B. nach Schlaganfall), zur Minderung von Bewegungseinschränkungen oder zur Vorbeugung von Gelenkversteifungen.

Rehabilitationsmaßnahmen werden auch künftig von den im Einzelfall zuständigen Leistungsträgern und nicht von der Pflegeversicherung erbracht. Die Lei-

stungsträger haben eine besondere Verantwortung gegenüber den Pflegebedürftigen und müssen daher dafür Sorge tragen, daß ihre Rehabilitationsleistungen für diesen Personenkreis wirksam eingesetzt werden.

Zu § 6 — Eigenverantwortung

Zu Absatz 1

Die Vorschrift fordert von den Versicherten, daß sie schon vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit durch ihre Lebensführung darauf Einfluß nehmen, daß Pflegebedürftigkeit vermieden wird. Die Regelung hebt hervor, daß jeder Versicherte die Verpflichtung hat, sich so zu verhalten, daß die Solidargemeinschaft so wenig wie möglich in Anspruch genommen werden muß. Dies gilt insbesondere für die Pflicht zur Mitwirkung an Maßnahmen zur Rehabilitation.

Zu Absatz 2

Die Pflicht zur Mitwirkung besteht auch nach eingetretener Pflegebedürftigkeit, wenn erfolgversprechende Maßnahmen möglich sind mit dem Ziel, das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit zu verringern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Die Folgen fehlender Mitwirkung richten sich nach § 66 Abs. 2 SGB I. Dies bedeutet, daß die Pflegekasse gegebenenfalls Leistungen ganz oder teilweise verweigern kann, bis der Pflegebedürftige seiner Mitwirkungspflicht nachkommt.

Zu § 7 — Aufklärung, Beratung

Zu Absatz 1

Die Pflegekassen haben die Aufgabe, durch Aufklärung und Beratung eigenverantwortliches Handeln der Versicherten zu fördern, das der Vermeidung, Beseitigung und Minderung von Pflegebedürftigkeit dient. Zu diesem Zweck haben die Pflegekassen auch auf eine gesunde Lebensführung sowie auf eine frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen hinzuwirken. Diese Verpflichtung der Pflegekassen steht in engem Zusammenhang mit der Eigenverantwortung des Versicherten (§ 6).

Zu Absatz 2

Absatz 2 verpflichtet die Pflegekassen zur Beratung der Versicherten und ihrer Angehörigen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder festgestellt wird. Die Beratung erstreckt sich auch auf die Leistungen und Hilfen anderer Träger. Die Beratung soll möglichst frühzeitig erfolgen, damit ein nahtloser Übergang zur Pflege, insbesondere im häuslichen Bereich, sowie die bestmögliche frühzeitige Nutzung aller zur Verfügung stehenden Pflegelei-

stungen gewährleistet ist. Die Benachrichtigung der zuständigen Pflegekasse durch den behandelnden Arzt, das Krankenhaus, die Rehabilitations- und Versorgungseinrichtung sowie den Sozialleistungsträger ist aus Gründen des Datenschutzes nur mit Einwilligung des Versicherten zulässig. Soweit personenbezogene Daten zu Beratungszwecken erforderlich sind, können diese gleichfalls nur mit Einwilligung des Betroffenen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Zu § 8 — Gemeinsame Verantwortung

Zu Absatz 1

Die Vorschrift macht deutlich, daß auch nach Einführung der Pflegeversicherung eine umfassende pflegerische Versorgung nur im Zusammenwirken vieler gesellschaftlicher Kräfte und Institutionen sichergestellt werden kann. Es ist dazu notwendig, daß sich neben den freigemeinnützigen, privaten und öffentlichen Trägern von Einrichtungen, den Pflegekassen und den Ländern auch Angehörige und ehrenamtlich Tätige wie Nachbarn und Mitglieder von Selbsthilfeorganisationen sowie sonstige kirchliche oder weltanschaulich geprägte karitative Organisationen für die Pflegebedürftigen engagieren.

Zu Absatz 2

Dieses Buch weist in Ausfüllung der gemeinsamen Verantwortung für die Pflegebedürftigen den Pflegeeinrichtungen die konkrete Versorgung im Einzelfall, den Pflegekassen die Sicherstellung der Versorgung ihrer Versicherten und den Ländern die Pflicht zu, auf eine ausreichende pflegerische Infrastruktur hinzuwirken.

Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen und Länder fördern im Zusammenwirken mit allen gesellschaftlichen Kräften die strukturellen Rahmenbedingungen für eine lückenlose pflegerische Versorgung und unterstützen die Bereitschaft zur Pflege.

Die Förderung beschränkt sich nicht allein auf bewährte Maßnahmen der Pflege und Betreuung. Sie hat vielmehr auch innovative Tendenzen und Erkenntnisse zu berücksichtigen, die zu einer Verbesserung der Pflegesituation beitragen. Neben dieser allein auf die Voraussetzungen und die Durchführung einer wirksamen Pflege gerichteten Förderung sind der weitere Ausbau und die Gestaltung attraktiver Lebens- und Wohnsituationen für ältere Menschen durch die Länder und Kommunen von erheblicher Bedeutung. Es gilt, der sozialen Isolation älterer, häufig alleinstehender Menschen vorzubeugen und ihnen Perspektiven und Möglichkeiten für eine selbstständige Lebensführung auch im Alter bei Krankheit und Gebrechlichkeit zu eröffnen. Denkbar sind etwa neue Formen des betreuten Wohnens, die insbesondere durch Aufrechterhaltung und Intensivierung sozialer Kontakte sowie durch Hilfen bei der Bewältigung des Alltages dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, hinauszuschieben, zu verringern oder deren Verschlimmerung zu verhüten.

Im Sinne einer neuen Kultur des Helfens — für die mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung die rechtlichen Grundlagen geschaffen werden — gilt es zudem, das Bewußtsein für die Bedeutung einer humanen, zuwendungsorientierten Pflege und Betreuung für die zukünftige gesellschaftliche Entwicklung in Deutschland zu verstärken. Nur bei zunehmender Bereitschaft zur Pflege und Betreuung und bei einer angemessenen Anerkennung für die Leistungen hauptberuflicher und ehrenamtlicher Pflegekräfte kann die Situation Pflegebedürftiger weiter verbessert werden. Zu diesem Zwecke erscheint insbesondere eine Ausdehnung des Angebotes ehrenamtlicher Dienste wünschenswert.

Zu § 9 — Aufgaben der Länder und des Bundes

Die Vorschrift beschreibt die Aufgaben der Länder und des Bundes im Hinblick auf koordinierende und beratende Funktionen beim Aufbau einer effektiven Pflegeinfrastruktur. Dazu werden in den Ländern landesweite oder regionale Pflegeausschüsse eingerichtet.

Beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wird ein Ausschuß für Fragen der Pflegeversicherung gebildet, in den die an der pflegerischen Versorgung beteiligten Organisationen, vertreten durch ihre Bundesverbände, einbezogen werden. Die Hauptaufgabe des Ausschusses — etwa nach dem Vorbild des Beirates für Rehabilitation nach § 35 SchwbG — besteht darin, einen organisatorischen Rahmen zu bilden für eine wirksame Koordinierung auf der Bundesebene und Verbindung zu halten zu anderen Bereichen der Gesundheits- und Sozialpolitik und zur internationalen Entwicklung.

Zu § 10 — Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

Zu Absatz 1

Absatz 1 legt den Qualitätsanspruch fest, dem die Pflegeeinrichtungen in der ambulanten und in der stationären Pflege genügen müssen. Die Anbindung an den jeweiligen Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse macht deutlich, daß dieser Qualitätsanspruch nicht statisch die derzeit geltenden Grundsätze der Pflege festschreibt, sondern daß die Einrichtungen die von ihnen zu erbringende Pflege gegebenenfalls der Entwicklung dieser Erkenntnisse anpassen müssen. Die Qualität der Pflege wird somit nicht durch den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit oder der Beitragsstabilität negativ beeinflusst. Die Vorschrift hebt die Verpflichtung der Einrichtung hervor, die Pflege so zu gestalten und zu organisieren, daß die Menschenwürde des Pflegebedürftigen gewahrt wird.

Zu Absatz 2

In der Vorschrift findet der Grundsatz der Trägervielfalt Niederschlag. Sie berücksichtigt die historisch gewachsene Situation des Nebeneinanders von öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Pflegeheimen und Pflegediensten. In der Vergangenheit haben es insbesondere kirchliche Träger als ihre wesentlichen Aufgaben verstanden, in Ausübung tätiger Nächstenliebe gebrechliche, kranke und pflegebedürftige Menschen zu pflegen, zu betreuen und zu trösten, Seelsorge zu leisten und sie im Sterben zu begleiten. Dieses Selbstverständnis hat sich in langer Tradition geformt und soll durch die Pflegeversicherung nicht beeinträchtigt werden. Dies gilt nicht nur für kirchliche Träger, sondern auch für die nicht den Kirchen zugeordneten Träger der freien Wohlfahrtspflege, deren karitatives Wirken in der Vergangenheit wesentlich zur pflegerischen Versorgung der Bevölkerung beigetragen hat. Die Regelung macht deutlich, daß auch künftig der Beitrag der kirchlichen und der übrigen Träger der freien Wohlfahrtspflege unverzichtbar bleibt.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift stellt das Verhältnis der Regelungen des Elften Buches zu denen des Heimgesetzes klar.

Zu § 11 — Aufgaben der Pflegekassen

Zu Absatz 1

Die Regelung überträgt die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Versicherten den Pflegekassen. Dieser Auftrag wird in § 78 näher konkretisiert. Die Pflegekassen schließen zu diesem Zweck Verträge mit Leistungserbringern. Zur Erfüllung der damit in Zusammenhang stehenden Aufgaben ist es zweckmäßig, daß die Pflegekassen, gegebenenfalls auch ihre Verbände, Arbeitsgemeinschaften bilden. Diese dienen auch der gegenseitigen Unterrichtung, Abstimmung und Förderung der engen Zusammenarbeit.

Zu Absatz 2

Um die im Einzelfall notwendigen Hilfen zur Pflege besser aufeinander abstimmen zu können und für den Pflegebedürftigen eine optimale Versorgung zu erreichen, sollen die Pflegekassen im Zusammenwirken mit den Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung koordinierende Funktionen wahrnehmen. Dazu gehört beispielsweise, daß die Pflegekasse

- auf reibungsloses Zusammenwirken von ärztlicher Behandlung, Maßnahmen der Rehabilitation, der Behandlungspflege mit Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung,
- bei vorübergehender Unterbrechung der häuslichen Pflege auf reibungslose Zusammenarbeit zwischen Trägern vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Pflege,
- zur Vermeidung langer Wegezeiten auf den Einsatz ortsnaher Pflegeeinrichtungen

hinwirkt. Sie soll z. B. sicherstellen, daß für einen Pflegebedürftigen, der sowohl Maßnahmen der Behandlungspflege (zu Lasten der Krankenkasse) als auch der Grundpflege (zu Lasten der Pflegekasse) benötigt, nicht mehrere Pflegekräfte zum Einsatz kommen, sondern alle Leistungen von einer Pflegekraft oder einer Sozialstation erbracht werden.

Erfahrungen, insbesondere im Rahmen von Modellvorhaben des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung zur Verbesserung der ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger, haben gezeigt, daß durch Koordinierung der Zusammenarbeit die Effizienz der pflegerischen Versorgung erheblich verbessert werden kann. Vor allem die Nutzung des vorhandenen Pflegepotentials kann so gesteigert werden, um möglichen Engpässen entgegenzuwirken. Die Formen der Zusammenarbeit werden wegen ihrer vielfältigen Ausgestaltungsmöglichkeiten, insbesondere im Hinblick auf örtliche Besonderheiten, nicht näher festgelegt.

Zu § 11 a — Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

Die Vorschrift bestimmt das Verhältnis zu anderen Sozialleistungen, die gleichfalls Pflegezwecken dienen, und stellt klar, daß die Leistungen der Pflegeversicherung nicht dem Einkommen des Pflegebedürftigen zuzurechnen sind.

Zu Absatz 1

Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach § 35 BVG, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung sind in der Regel umfassender als die der Höhe nach beschränkten Leistungen der Pflegeversicherung. Nach § 35 BVG werden die vollen Kosten einer von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleisteten Pflege übernommen, daneben verbleibt dem Pflegebedürftigen ein erheblicher Teil der Pflegezulage, wenn er mit seinem Ehegatten oder einem Elternteil zusammenlebt. Die Pflegezulage beträgt derzeit in den alten Bundesländern je nach Stufe 435 DM bis 2 161 DM und in den neuen Bundesländern 287 DM bis 1 428 DM.

Das Pflegegeld der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 558 RVO) liegt derzeit zwischen 488 DM und 1 951 DM in den alten Bundesländern und zwischen 300 DM und 1 200 DM in den neuen Bundesländern. Übersteigen die Aufwendungen des Pflegebedürftigen den Betrag des Pflegegeldes, so kann es angemessen erhöht werden.

Nach § 34 BeamtVG sind den Pflegebedürftigen die Kosten einer notwendigen Pflege in angemessenem Umfang zu erstatten.

Diese Entschädigungsleistungen gehen den Leistungen der Pflegeversicherung vor. Das Zusammenreffen von Leistungsansprüchen wird in § 30

geregelt; die Leistungen der Pflegekasse ruhen, soweit der Versicherte Entschädigungsleistungen erhält. Damit ist sichergestellt, daß der Pflegebedürftige die höchste ihm zustehende Leistung erhält.

Zu Absatz 2

Die Leistung „häusliche Krankenpflege“ nach § 37 SGB V umfaßt neben der Behandlungspflege auch die im Einzelfall notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Diese Leistungen werden auch weiterhin von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht. Die Leistungen der Pflegeversicherung ruhen dann insoweit (§ 30).

Zu Absatz 3

Die Leistungen der Pflegeversicherung gehen den fürsorgerischen, von einer Bedürftigkeitsprüfung abhängigen Sozialleistungen zur Pflege grundsätzlich vor.

Fürsorgeleistungen, die keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung voraussetzen (z. B. nach § 68 BSHG), anderen (z. B. Hilfe zum Lebensunterhalt) oder weitergehenden Zwecken (z. B. die Eingliederungshilfe) dienen als die Leistungen der Pflegeversicherung, bleiben jedoch unberührt; sie können allein oder neben den Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden.

Für die fürsorgerischen Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz bedeutet dies beispielsweise, daß die Kosten für notwendige Pflege bei Pflegebedürftigkeit unterhalb der Pflegestufe I nach dem Recht der Pflegeversicherung weiterhin von den Sozialhilfeträgern zu übernehmen sind und auch ein weitergehender Pflege- und Betreuungsbedarf, der von den Leistungen der Pflegeversicherung nicht abgedeckt ist — wie bei der rund um die Uhr Pflege —, zu Lasten der Sozialhilfe geht.

Bei der Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz stehen Leistungen im Vordergrund, die der Integration und der Rehabilitation des Behinderten dienen. Ist der Behinderte auch pflegebedürftig im Sinne dieses Buches, stehen ihm entsprechende Leistungen der Pflegeversicherung neben den Leistungen der Eingliederungshilfe zu.

Zu Absatz 4

Satz 1 stellt klar, daß die Leistungen der Pflegeversicherung kein Einkommen des Pflegebedürftigen sind und diese Leistungen bei der Berechnung anderer Sozialleistungen, die dem Grunde nach und in der Höhe vom Einkommen abhängig sind (z. B. Arbeitslosenhilfe, Wohngeld, Sozialhilfe), nicht berücksichtigt werden. Satz 2 bestimmt, daß dies auch für privatversicherungsrechtliche Leistungen zur Pflege gilt, die

anstelle der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung erbracht werden.

Die Leistungen der Pflegeversicherung dienen — ebenso wie die entsprechenden Leistungen im Rahmen einer privaten Pflegeversicherung — nicht zum Bestreiten des Lebensunterhalts des Pflegebedürftigen, sondern sie werden zweckgebunden zur Deckung besonderer Bedürfnisse, die mit der Pflegebedürftigkeit regelmäßig verbunden sind, eingesetzt. Sie sollen dazu beitragen, dem Pflegebedürftigen die notwendige Pflege zukommen zu lassen und die Pflege zu erleichtern.

Ob und inwieweit Leistungen privater Pflegeversicherungen, die über das Leistungsniveau der sozialen Pflegeversicherung hinausgehen oder der Ergänzung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung dienen, bei der Ermittlung des Einkommens unberücksichtigt bleiben, richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen in den anderen Sozialleistungsbereichen (Satz 3).

Zum Zweiten Kapitel — Leistungsberechtigter Personenkreis

Allgemeines

Im Zweiten Kapitel wird der Begriff der Pflegebedürftigkeit definiert und damit der Personenkreis der Pflegebedürftigen bestimmt, der Leistungen nach diesem Gesetz erhält. Außerdem wird der Begriff der Pflegepersonen umschrieben, deren soziale Sicherung verbessert werden soll.

Nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit werden drei Pflegestufen unterschieden, die sich am Umfang des Hilfebedarfs des einzelnen Pflegebedürftigen orientieren. Bei Kindern wird der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden, gleichaltrigen Kind berücksichtigt.

Näheres zur Abgrenzung des Personenkreises der Pflegebedürftigen regeln die Spitzenverbände der Pflegekassen durch Richtlinien. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, Näheres durch Rechtsverordnung zu regeln.

Die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit obliegt dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

Zu den Einzelschriften

Zu § 12 — Begriff der Pflegebedürftigkeit

Zu Absatz 1

Allgemeines

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit knüpft an die geltenden Regelungen im § 53 SGB V an. Im Mittelpunkt der Definition steht die Hilfslosigkeit des Pflegebedürftigen für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens. Neu ist die Ausweitung auf einen größeren

Personenkreis: Über den Kreis der Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen hinaus werden jetzt auch die erheblich Pflegebedürftigen in den Kreis der leistungsberechtigten Personen einbezogen. Die Hilflosigkeit muß nicht mehr — wie im SGB V — in sehr hohem Maße, sondern nur in erheblichem Maße bestehen.

Die Ausweitung auf den Kreis der erheblich Pflegebedürftigen trägt dem Umstand Rechnung, daß die Pflegeversicherung eine breite Absicherung des allgemeinen Lebensrisikos der Pflegebedürftigkeit bieten muß, und zwar in dem Umfang, wie der Pflegebedürftige zu Recht eine solidarische Hilfe der Gemeinschaft erwarten kann. Die Beschränkung der Hilfeleistung auf die Gruppe der Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen durch das SGB V wurde diesem Anspruch nicht gerecht; sie war nur unter dem Gesichtspunkt eines ersten Schrittes oder einer Initialzündung vertretbar.

Andererseits kann aber der zu schützende Personenkreis nicht uferlos ausgedehnt werden. Geringfügige, gelegentliche oder nur kurzfristig erforderliche Hilfeleistungen unterhalb der Schwelle der erheblichen Hilfebedürftigkeit müssen nicht von der Solidargemeinschaft finanziert werden. Für diesen Hilfebedarf kann und soll der einzelne — entsprechend dem Grundsatz der Subsidiarität solidarischer Hilfen gegenüber der Eigenverantwortung — selbst eintreten. Das ist auch deshalb gerechtfertigt, weil bei höherem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit keine Vollversorgung durch die Pflegeversicherung vorgesehen ist, sondern auch hier eine beachtliche Eigenbeteiligung des Pflegebedürftigen und seiner Familie weiterhin notwendig ist.

Definition

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit werden aufgrund von Regelungen im sozialen Entschädigungsrecht (§ 35 BVG), in der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 558 RVO), in der Beamtenversorgung (§ 34 BeamtVG), in der Sozialhilfe (§§ 68, 69 BSHG), nach dem Lastenausgleichsgesetz (§ 267 LAG), nach beihilferechtlichen Vorschriften (§ 6 der Beihilfевorschriften des Bundes) sowie nach den Pflegegesetzen der Länder Berlin, Brandenburg, Bremen und Rheinland-Pfalz erbracht. Die in diesen Regelungen verwendeten Definitionen der Begriffe Pflegebedürftigkeit bzw. Hilflosigkeit sind nicht einheitlich und zumeist sehr wenig konkret. Deshalb wird der Inhalt der Anspruchsvoraussetzungen teils in Verwaltungsvorschriften und Richtlinien, teils durch die sehr stark am Einzelfall orientierte Rechtsprechung ausgefüllt. Es haben sich voneinander abweichende Inhalte gleich- oder ähnlich lautender Begriffe entwickelt.

Nunmehr wird der Begriff der Pflegebedürftigkeit erstmals durch eindeutige Kriterien definiert, um über die Anspruchsvoraussetzungen von Beginn an Rechtssicherheit zu schaffen. Damit werden einerseits durch einzelfallorientierte Entscheidungen verursachte Ausuferungen vermieden und andererseits ungerechtfertigte Leistungsverweigerungen verhindert. Wenn sich aus den Erfahrungen der praktischen

Durchführung die Notwendigkeit ergeben sollte, ist eine weitere Konkretisierung durch eine Rechtsverordnung möglich (§ 14). Daneben sind Richtlinien der Pflegekassen (§ 15) vorgesehen.

Kein allumfassender Begriff

Es ist jedoch nicht vorgesehen, einen in allen genannten Bereichen einheitlichen Begriff der Pflegebedürftigkeit und einheitliche Leistungsvoraussetzungen einzuführen. Insbesondere soll nicht in die entschädigungsrechtlichen Systeme (Bundesversorgungsgesetz, gesetzliche Unfallversicherung, Beamtenversorgung) eingegriffen werden.

Für die übrigen bundesrechtlichen Regelungen, die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit vorsehen, wird eine Vereinheitlichung angestrebt. So wird im Bundessozialhilfegesetz der Begriff der Pflegebedürftigkeit in § 69 dem in diesem Buch verwendeten Begriff angepaßt (Artikel 15). Damit wird erreicht, daß für das Pflegegeld nach dem Bundessozialhilfegesetz sowie für die Leistungen nach diesem Buch gleiche Anspruchsvoraussetzungen bestehen. Das gilt auch für die Beihilfe der Beamten.

Neue Elemente

Die nunmehr vorgesehene Definition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit enthält zwar Elemente aus den bisherigen Regelungen und verwertet die dazu ergangene Rechtsprechung, geht jedoch darüber hinaus. Bisher wurden bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nur die rein personenbezogenen Verrichtungen berücksichtigt. Künftig soll auch der Hilfebedarf in der hauswirtschaftlichen Versorgung einbezogen werden. Denn auch Defizite in diesem Bereich führen zu einer Einschränkung der Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung und können insbesondere bei alleinstehenden Pflegebedürftigen stationäre Pflege notwendig machen.

Üblicherweise gehen die Leistungen der Krankenversicherung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit zeitlich voraus. Erst dann, wenn sich durch ärztliche Behandlung einschließlich der Rehabilitation die erhebliche Hilfebedürftigkeit bei den wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens nicht beseitigen läßt, ist Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung gegeben. Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind nicht nur *täglich* notwendige Verrichtungen. Hierzu zählen auch Verrichtungen, die zwar nicht täglich, aber doch mit gewisser Regelmäßigkeit im Alltag des Pflegebedürftigen anfallen.

Dauer

Pflegebedürftigkeit ist dadurch gekennzeichnet, daß Hilfebedürftigkeit auf Dauer besteht. Der Einschub „voraussichtlich für mindestens sechs Monate“ präzisiert den Begriff „auf Dauer“ in mehrfacher Hinsicht.

Zum einen wird festgelegt, daß nur Zeiträume von mehr als sechs Monaten die Voraussetzung „auf Dauer“ erfüllen. Zum anderen wird verdeutlicht, daß bereits vor Ablauf von sechs Monaten eine Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit getroffen werden kann, wenn vorhersehbar ist, daß der Zustand der Hilfebedürftigkeit länger als sechs Monate andauern wird. Beispiele für solche Krankheitsbilder sind die dauernde Hilfebedürftigkeit bei einer schweren Krebserkrankung oder bei einer Rückenmarkverletzung mit Lähmung der Arme und Beine. Hier steht frühzeitig fest, daß trotz des Einsatzes aller medizinischer Behandlungsmöglichkeiten einschließlich der Rehabilitation erhebliche Pflegebedürftigkeit für das weitere Leben bestehen bleiben wird. Pflegebedürftigkeit auf Dauer ist hier auch dann gegeben, wenn die verbleibende Lebensspanne möglicherweise weniger als sechs Monate beträgt.

Vor Ablauf von sechs Monaten ist auch dann die Anerkennung von Pflegebedürftigkeit möglich, wenn vorhersehbar ist, daß das Ausmaß der Hilfebedürftigkeit zwar vermindert werden kann, Hilfebedürftigkeit in erheblichem oder höherem Maße aber über den Zeitraum von sechs Monaten hinaus andauern wird. Für die Feststellung der konkreten Pflegestufe (§ 13) ist in diesen Fällen von dem nach sechs Monaten voraussichtlich noch bestehenden Hilfebedarf auszugehen. Ist eine weitere Besserung des Zustandes des Pflegebedürftigen zu erwarten, hat der Medizinische Dienst durch Nachuntersuchungen in geeigneten Zeitabständen zu prüfen, ob die zuerkannte Pflegestufe noch vorliegt.

Zu Absatz 2

Ursachen der Pflegebedürftigkeit sind Krankheiten und Behinderungen. Die Aufzählung der in Betracht kommenden Krankheits- und Behinderungsgruppen macht deutlich, daß nicht-medizinische Ursachen nicht ausreichen, um Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes anzuerkennen. Die Aufzählung soll es dem begutachtenden Arzt erleichtern, unter Verwertung des Krankheitsbildes einerseits und der Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten andererseits zu der notwendigen Gesamtbeurteilung zu kommen.

Zu Absatz 3

Die Hilfeleistung im Sinne der Pflegeversicherung ist in zweifacher Weise möglich:

Besteht Pflegebedürftigkeit als Folge organischer Erkrankungen oder Behinderungen, hat die Pflegeperson für den Pflegebedürftigen die Verrichtungen des täglichen Lebens *unmittelbar* zu erledigen. Dazu gehören z. B. die Hilfen beim Aufstehen und Zubett-Gehen oder das Kochen für den Pflegebedürftigen.

Psychisch kranke, demente und hirnerkrankte Menschen sind häufig in der Lage, diese Verrichtungen selbst auszuführen. Es fehlt ihnen jedoch die Fähigkeit, die Notwendigkeit der genannten Verrichtungen zu erkennen und sie in sinnvolles Handeln umzusetzen.

Die tägliche Verrichtung unterbleibt deshalb, so daß die Gefahr der Verwahrlosung besteht; andere gefährden sich wegen fehlender Einsicht bei den Verrichtungen des täglichen Lebens durch unsachgemäßen Umgang z. B. mit Strom, Wasser oder offenem Feuer.

Für diesen Personenkreis ist die *Anleitung und Beaufsichtigung* bei den Verrichtungen des täglichen Lebens erforderlich. Die Anleitung hat zum Ziel, die Erledigung der täglich wiederkehrenden Verrichtungen durch den Pflegebedürftigen im Sinne der Motivierung zur Selbsthilfe sicherzustellen. Durch die Beaufsichtigung wird verhindert, daß sich der Pflegebedürftige gefährdet. Dieser Aufwand ist für die Pflegeperson häufig höher anzusetzen als die Pflegeleistungen bei organisch kranken oder behinderten Personen. Dies gilt besonders dann, wenn die Beaufsichtigung ununterbrochen während des Tages, der Nacht und am Wochenende notwendig ist.

Eine Anleitung im Sinne der aktivierenden Pflege ist auch bei Pflegebedürftigkeit als Folge organischer Erkrankungen und Behinderungen angezeigt, wenn es darum geht, die Möglichkeiten des Einsatzes verbleibender Teilfunktionen zu erlernen.

Allerdings kommt es bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung in eine Pflegestufe nur auf die erforderliche Anleitung und Beaufsichtigung an, die für die in Absatz 4 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens benötigt wird. Eine darüber hinausgehende Betreuung und allgemeine Beaufsichtigung gehört nicht zu den maßgeblichen Hilfeleistungen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 konkretisiert die Verrichtungen des täglichen Lebens, die bei der Begutachtung und Abstufung der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigen sind. Die Verrichtungen sind in vier Gruppen unterteilt: Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung. Andere Bedarfsbereiche — z. B. die Kommunikation — können keine eigenständige Berücksichtigung finden, da die Kommunikation für gesunde, kranke und pflegebedürftige Menschen grundsätzlich in gleicher Weise notwendig und eine Abstufung daher nicht möglich ist.

— Die notwendigen Verrichtungen der *Körperpflege* werden einzeln aufgezählt. In die Begutachtung sollen auch die Verrichtungen einbezogen werden, die nicht mehrfach in der Woche, aber dennoch regelmäßig ausgeführt werden müssen, z. B. Nagelpflege oder Haarewaschen. Auch Hilfebedarf bei der Körperpflege, der sich aus Störungen der Feinregulation der Nerven oder der Muskulatur ergibt, ist zu berücksichtigen, z. B. beim Rasieren oder Zähneputzen.

— Bei der *Ernährung* setzen die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen bei der mundgerechten Zubereitung der Nahrung ein. Dazu zählt z. B. das Zubereiten belegter Brote, das Zerkleinern der Nahrungsmittel und das Bereit-

stellen behindertengerechter Geschirre oder Eßbestecke. Zur Nahrungszufuhr gehört die Sonden- ernährung mit ausschließlich flüssigen Nahrungs- mitteln z. B. bei Erkrankungen des Magens oder Darms und das Füttern des Pflegebedürftigen.

- Bei der *Mobilität* des Pflegebedürftigen ist der Hilfebedarf innerhalb und außerhalb der Woh- nung entscheidend.

Innerhalb der Wohnung sind alle Hilfeleistungen zu prüfen, die zur Aktivierung des Pflegebedürfti- gen beitragen. Dazu gehören insbesondere das Verlassen und Wiederaufsuchen des Bettes, Mobi- litätshilfen bei bettlägerigen Menschen, das An- und Ausziehen sowie Hilfen beim Gehen, z. B. zur Küche oder zum Badezimmer. Das Leben des Pflegebedürftigen soll aber nicht auf die Wohnung beschränkt bleiben. Der Pflegebedürftige muß vielmehr die Möglichkeit haben, seine Wohnung zu verlassen, um Ärzte, Krankengymnasten, Sprachtherapeuten, Apotheken oder Behörden aufzusuchen.

Es sollen nur solche Verrichtungen außerhalb der Wohnung in die Begutachtung einbezogen wer- den, die für die Aufrechterhaltung der Lebensfüh- rung zu Hause unumgänglich sind und das persö- nliche Erscheinen des Pflegebedürftigen notwendig machen. Weitere Hilfen — z. B. bei Spaziergängen oder Besuchen von kulturellen Veranstaltungen — sind zwar wünschenswert, können aber durch die Pflegeversicherung nicht finanziert werden. Vor- rangig sind hierbei Hilfen durch Angehörige, ehrenamtliche Helfer oder soziale Hilfsdienste notwendig.

- Zur *hauswirtschaftliche Versorgung* gehören ins- besondere Hilfen beim Einkaufen, beim Kochen oder beim Reinigen der Wohnung.

Hilfebedarf allein bei der hauswirtschaftlichen Versorgung führt jedoch nicht zur Anerkennung der erheblichen Pflegebedürftigkeit. Vielmehr ist erforderlich, daß Hilfebedarf in den einzelnen Bereichen der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität und *zusätzlicher* Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung besteht. Unter dieser Voraussetzung ist die hauswirtschaftliche Versorgung Bestandteil der Pflege. Da hauswirt- schaftliche Versorgung schon heute in erhebli- chem Umfang von ambulanten Pflegediensten erbracht wird, wird durch diese Regelung der gängigen Praxis Rechnung getragen.

Zu § 13 — Stufen der Pflegebedürftigkeit

Zu Absatz 1

Für die Zwecke der Leistungsgewährung sind die Erscheinungsformen der Pflegebedürftigkeit in drei Pflegestufen einzuteilen. Maßgeblich sind der Um- fang und die Häufigkeit der benötigten Hilfen bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität. Zusätzlich wird in allen Pflegestufen Hilfebedarf für die hauswirtschaftliche Versorgung vorausgesetzt. Der Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung steigt

nicht zwangsläufig mit zunehmender Pflegebedürf- tigkeit. Beachtlich ist nur der Hilfebedarf, der notwen- dig bleibt, wenn der Pflegebedürftige zumutbare Aktivierungsmöglichkeiten ausgeschöpft hat. Eine Höherstufung in eine andere Pflegestufe ist — ebenso wie die erstmalige Feststellung der Pflegebedürftig- keit — nur möglich, wenn der jeweilige Pflegebedarf auf Dauer, d. h. voraussichtlich für mindestens sechs Monate, besteht.

Zu Nummer 1

Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erhebliche Pflege- bedürftigkeit) haben mindestens einmal täglich Hilfe- bedarf bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität. Zusätzlich werden mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benö- tigt.

Bei psychisch kranken, dementen und hirnverletzten Menschen ist mindestens einmal täglich die Notwen- digkeit der Beaufsichtigung oder Anleitung zu den Verrichtungen des täglichen Lebens Voraussetzung für die Anerkennung der Pflegestufe I.

Zur Pflegestufe I gehört auch der Personenkreis, der zweimal täglich — z. B. am Morgen und am Abend — Hilfebedarf hat.

Fallbeispiele:

- a) Es besteht eine fortgeschrittene Gelenksentzün- dung und -abnutzung mit Unfähigkeit zum Bücken und Heben der Arme über Schulterhöhe.

Hilfebedarf besteht bei der Körperpflege (Wa- schen, Duschen, Baden), der Mobilität (An- und Ausziehen, Verlassen der Wohnung) sowie bei der hauswirtschaftlichen Versorgung (z. B. Reinigen der Böden und Fenster, Tragen von schweren Einkaufstaschen).

Der tägliche Hilfebedarf am Körper entsteht am Morgen und am Abend; tagsüber ist Selbständig- keit gegeben.

- b) Im Verlauf einer schweren psychischen Erkran- kung war zwei Jahre lang die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus erforderlich. Dann war die Entlassung möglich, aber eine noch bestehende Antriebsstörung führt dazu, daß das Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, die Körperpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung unregel- mäßig vorgenommen werden. Zusätzlich besteht Angst vor dem Verlassen der Wohnung.

Der Hilfebedarf besteht am Morgen und am Abend bei der Anleitung und Beaufsichtigung zur Körper- pflege (Waschen, Duschen, Baden), der Mobilität (An- und Ausziehen, Verlassen der Wohnung) und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Ein- bis zweimal in der Woche ist die Begleitung zum Einkaufen und zum Hausarzt erforderlich.

Zu Nummer 2

Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) haben mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfebedarf. In der Regel wird dies am Morgen, am Mittag und am Abend der Fall sein. Hierzu gehören Hilfen beim Aufstehen, Anziehen, Ausziehen und Zu-Bett-Gehen sowie bei der Vor- und Zubereitung der Mahlzeiten.

Psychisch kranke, demente und hirnverletzte Menschen werden dieser Pflegestufe zugeordnet, wenn sie mindestens dreimal täglich, insbesondere am Morgen, am Mittag und am Abend der Beaufsichtigung und Anleitung bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens bedürfen. Dies kann auch dann zutreffen, wenn sie einen Teil des Tages beispielsweise in einer Werkstatt für Behinderte verbringen.

Fallbeispiele:

- a) Als Folge eines Schlaganfalls besteht eine schwere Lähmung der rechten Körperhälfte.

Hilfebedarf entsteht bei der Körperpflege (Waschen, Duschen, Baden), der Mobilität (An- und Ausziehen, Aufsuchen der Toilette) und der Ernährung (mundgerechte Zubereitung der Nahrung).

Zusätzlich zu den Hilfeleistungen der Stufe I sind damit auch tagsüber Hilfen notwendig, z. B. bei der Ernährung und dem Aufsuchen der Toilette. Die hauswirtschaftliche Versorgung muß nahezu vollständig übernommen werden.

- b) Als Folge einer Störung der Erbanlagen besteht eine schwere geistige Behinderung. Der inzwischen erwachsene Pflegebedürftige hat die Intelligenz etwa eines 3- bis 4jährigen Kindes erreicht. Tagsüber erfolgt die Unterbringung in einer Werkstatt für Behinderte.

Der Hilfebedarf entsteht bei der Anleitung und Beaufsichtigung zur Körperpflege (Waschen, Duschen, Baden) und der Mobilität (An- und Ausziehen, Aufsuchen der Toilette, Verlassen der Wohnung).

Zusätzlich zu den Hilfeleistungen der Stufe I sind damit auch tagsüber Hilfen notwendig, z. B. bei der Fahrt von und zur Werkstatt für Behinderte und dem Aufsuchen der Toilette. Die hauswirtschaftliche Versorgung muß nahezu vollständig übernommen werden.

Zu Nummer 3

Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind rund um die Uhr bei der Körperpflege, der Nahrungsversorgung oder der Mobilität hilfebedürftig. Der Hilfebedarf besteht regelmäßig auch in der Nacht. Die Zuordnung erfolgt auch dann, wenn eine ununterbrochene Bereitschaft der Pflegeperson zur Hilfeleistung erforderlich ist. Der Pflegebedürftige kann nicht alleine gelassen werden.

Bei psychisch kranken, dementen und hirnverletzten Menschen sind die Voraussetzungen dann erfüllt, wenn der Bedarf an Beaufsichtigung oder Anleitung so groß ist, daß der Pflegebedürftige rund um die Uhr, d. h. auch in der Nacht, beaufsichtigt oder angeleitet werden muß.

Fallbeispiele:

- a) Als Folge einer fortgeschrittenen, nicht mehr zu behandelnden Krebserkrankung besteht eine allgemeine Körperschwäche mit Auszehrung. Durch das Krebswachstum sind lebenswichtige Funktionen (Atmung, Kreislauf, Stoffwechsel) gefährdet.

Der Hilfebedarf besteht in nahezu allen Bereichen der Körperpflege, der Mobilität und Ernährung. Die Pflege ist rund um die Uhr notwendig, um z. B. bei Atemnot oder Erbrechen zu jeder Zeit Hilfe leisten zu können.

- b) Als Folge einer fortgeschrittenen Abbauerkkrankung des Gehirns (Alzheimersche Erkrankung) werden vertraute Gegenstände — wie z. B. Kleidungsstücke oder Einrichtungsgegenstände der Wohnung — hinsichtlich Art und Zweckbestimmung nicht mehr erkannt. Die selbständige Nutzung der Wohnung ist nicht mehr möglich, da der Pflegebedürftige sich im Umgang mit Strom, Wasser, Scheren und anderen Haushaltsgegenständen gefährdet. Auch Treppen und Fenster werden zu Gefahrenquellen. Zeitweise — besonders in der Nacht — besteht starke Unruhe. Der Pflegebedürftige erkennt dann häufig auch seine Angehörigen nicht mehr und versucht die Wohnung zu verlassen.

Der Hilfebedarf besteht in Anleitung und Beaufsichtigung in nahezu allen Bereichen der Körperpflege, der Mobilität und Ernährung. Die Pflege ist rund um die Uhr notwendig, um z. B. in der Nacht das Umherirren in der Stadt oder die Selbstgefährdung durch alltägliche Gebrauchsgegenstände zu verhindern.

Zu Absatz 2

Pflegebedürftige Kinder sind zur Feststellung des Hilfebedarfs mit einem gesunden Kind gleichen Alters zu vergleichen. Maßgebend für die Begutachtung eines Antrages auf Pflegeleistungen bei einem Säugling oder Kleinkind ist nicht der natürliche, altersbedingte Pflegeaufwand, sondern nur der darüber hinausgehende Hilfebedarf bei der Ernährung, der Körperpflege und — bei Kindern jenseits des Säuglingsalters — der Mobilität. Der leistungsberechtigte Personenkreis ist klein (0,5 bis 0,6 v. H. eines Geburtsjahrganges), darf aber im Zeitalter einer intensiven medizinischen Versorgung auch von Säuglingen und Kleinkindern nicht vernachlässigt werden. Erheblicher Hilfebedarf entsteht z. B. bei kleinen Frühgeborenen nach Intensivbehandlung oder operierten Säuglingen. Diese Kinder benötigen unter Umständen bis zu acht Mahlzeiten pro Tag und haben im

Vergleich zu einem gesunden Säugling einen deutlich erhöhten Aufwand bei der Körperpflege.

Zu § 14 — Verordnungsermächtigung

Die Vorschrift ermächtigt das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zur näheren Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit sowie der Pflegestufen zu erlassen. Die Rechtsverordnung ist im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie und Senioren sowie dem Bundesministerium für Gesundheit zu erlassen.

Die Verordnung eröffnet die Möglichkeit, Entwicklungen in der Praxis zu korrigieren und gegebenenfalls durch weitere Konkretisierungen steuernd einzugreifen.

Zu § 15 — Richtlinien der Pflegekassen

Um bundesweit eine einheitliche Beurteilungspraxis bei den Medizinischen Diensten und Pflegekassen zu erreichen, verpflichtet Satz 1 die Spitzenverbände zum gemeinsamen und einheitlichen Erlass von Richtlinien zur Abgrenzung des Personenkreises der Pflegebedürftigen und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Satz 2 regelt, welche Institutionen zu beteiligen sind. Die Richtlinien konkretisieren die in Pflegestufe I bis III erforderlichen Hilfen.

Die Richtlinien regeln auch das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Dazu gehören Hinweise zur Untersuchung des Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung einschließlich der Feststellung der für die sozialmedizinische Beurteilung erforderlichen tatsächlichen Umstände, zur Prüfung des Bedarfs an Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen (§ 36) sowie Hinweise zur Feststellung von Möglichkeiten der Rehabilitation zur Minderung oder Beseitigung der Pflegebedürftigkeit und zur Feststellung von Möglichkeiten der Prävention zur Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit.

Der Gesetzgeber geht davon aus, daß zunächst die Spitzenverbände der Pflegekassen die Richtlinien erlassen und dabei ihre Erfahrungen verwerten, die sie mit der Begutachtungspraxis im Zusammenhang mit den Pflegeleistungen nach den §§ 53 bis 57 SGB V in den vergangenen Jahren gesammelt haben. Sollte sich mit Hilfe der Richtlinien keine befriedigende Beurteilungspraxis erreichen lassen, kann das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung mit einer Rechtsverordnung nach § 14 steuernd eingreifen.

Zu § 16 — Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Vorschrift regelt das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die Pflegekassen. Es wird durch einen Antrag des Pflegebedürftigen auf

eine Leistung eingeleitet (§ 29 dieses Buches, § 16 SGB I). Die Anspruchsvoraussetzungen sind durch die Pflegekasse von Amts wegen zu prüfen (§§ 20 und 21 SGB X). Auch ohne Antrag hat die Pflegekasse schon dann tätig zu werden, wenn sie von dritter Seite erfährt, daß Pflegebedürftigkeit droht oder eingetreten ist (vgl. § 7 Abs. 2).

Zu Absatz 1

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Stufe der Pflegebedürftigkeit ist ebenso wie die Prüfung des Vorliegens der sonstigen Anspruchsvoraussetzungen Aufgabe der Pflegekassen.

Absatz 1 schreibt die Einschaltung des Medizinischen Dienstes in das Verfahren zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit zwingend vor. Entsprechend dem Grundsatz, daß Rehabilitation Vorrang vor Leistungen der Pflegeversicherung hat, prüft der Medizinische Dienst gleichzeitig Rehabilitationsmöglichkeiten (Absatz 2 Satz 3, § 27) und auch die Notwendigkeit der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen (§ 36). Er stellt einen Pflegeplan auf, der den konkreten Hilfebedarf und die erforderlichen Hilfsmaßnahmen aufzeigen soll, wie sie sich aufgrund des medizinischen Befundes und der häuslichen Situation des Pflegebedürftigen ergeben.

Die Einschaltung des Medizinischen Dienstes kann unterbleiben, wenn die Anspruchsvoraussetzungen auch ohne eine Begutachtung von vornherein verneint werden können. Das entbindet aber nicht von der Einschaltung im Sinne des weitergehenden Prüfungsauftrages was Rehabilitation und Inhalt der Pflege angeht.

Zu Absatz 2

Die Erstuntersuchung (Satz 1) aber auch die Wiederholungsuntersuchungen (Satz 4) hat der Medizinische Dienst im Wohnbereich des Pflegebedürftigen vorzunehmen. Dies schließt nicht aus, daß ein Antragssteller, der sich noch im Krankenhaus befindet, bereits dort untersucht werden kann. Die Einbeziehung des häuslichen Umfeldes in die Prüfung kann dann im nachhinein erfolgen, wobei es genügt, daß hierzu eine Pflegefachkraft oder ein Sozialarbeiter tätig wird.

In Ausnahmefällen, in denen eine bestimmte Pflegebedürftigkeitsstufe aus medizinischer Sicht schon nach Aktenlage unzweifelhaft feststeht, z. B. bei schwer Krebskranken, genügt es, daß die Begutachtung des häuslichen Umfeldes durch eine Pflegefachkraft oder einen Sozialarbeiter erfolgt.

Bei der Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen sind neben den medizinischen Aspekten auch Feststellungen zur häuslichen Pflege- und Versorgungssituation und zum sozialen Umfeld des Pflegebedürftigen zu treffen. Es ist auf besondere Belastungen bei der Pflegetätigkeit aufgrund der Gesamtsituation zu achten.

Läßt der Pflegebedürftige sich nicht in seiner häuslichen Umgebung untersuchen, kann die Pflegekasse

die Leistungen verweigern (Satz 2). Verweigert ein bereits anerkannter Pflegebedürftiger eine Untersuchung, die für die Feststellung einer höheren Pflegestufe erforderlich ist, führt die Verweigerung nicht zum Wegfall der Leistungen nach der niedrigeren, bereits anerkannten Pflegestufe, es sei denn, am Fortbestehen dieser Pflegestufe bestehen Zweifel.

Im Rahmen der Feststellungen von Rehabilitationsmöglichkeiten nach Absatz 2 Satz 3 ist auch zu prüfen, ob durch rehabilitative Maßnahmen die Pflege für die Pflegeperson erleichtert werden kann.

Die Untersuchung des Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen (Satz 4). Die Angemessenheit der Zeitabstände richtet sich insbesondere nach dem vom Medizinischen Dienst ermittelten Befund und der über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit abgegebenen Prognose.

Zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege sind Rahmenverträge der Landesverbände der Pflegekassen und Bundesempfehlungen der Spitzenverbände vorgesehen (§ 84 Abs. 2 Nr. 4 und Abs. 5).

Zu Absatz 3

Nach Absatz 3 soll der Medizinische Dienst sich ein umfassendes Bild von dem Pflegebedürftigen machen. Der Medizinische Dienst soll, soweit nicht schon der Antragsteller mit seinem Antrag entsprechende ärztliche Atteste vorgelegt hat, mit Einwilligung des Versicherten ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie über Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. Dadurch sollen auch unnötige, für den Pflegebedürftigen lästige Doppeluntersuchungen vermieden werden (§ 96 SGB X). Die Einwilligung des Versicherten nach Absatz 3 bedarf der Schriftform (§ 100 Abs. 1 Satz 2 SGB X), soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt im Interesse einer sachgerechten Begutachtung und Beratung durch den Medizinischen Dienst die Verpflichtung der Krankenkassen und Pflegekassen sowie der Leistungserbringer, dem Medizinischen Dienst die für seine Tätigkeit erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Unterlagen, die der Versicherte freiwillig über seine bestehenden Mitwirkungspflichten (§§ 60, 65 SGB I) hinaus seiner Krankenkasse oder Pflegekasse überlassen hat, dürfen an den Medizinischen Dienst nur dann weitergeleitet werden, wenn der Versicherte hierzu seine Einwilligung gegeben hat. Die Einwilligung bedarf grundsätzlich der Schriftform, soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist (§ 67 Satz 2 SGB X). Im übrigen hat der

Pflegebedürftige ein Recht zur Akteneinsicht (§ 25 SGB X).

Zu Absatz 5

Absatz 5 bestimmt, daß der Medizinische Dienst das Ergebnis seiner Prüfung der Pflegekasse mitzuteilen hat. Dazu gehört nicht nur die Angabe darüber, ob Pflegebedürftigkeit und welche Pflegestufe der Pflegebedürftigkeit im konkreten Fall vorliegen. Es sind auch der medizinische Befund mitzuteilen sowie die Feststellungen zur tatsächlich gegebenen Versorgungssituation des Pflegebedürftigen, insbesondere auch zu seiner Wohnsituation. Der individuelle Pflegeplan soll Auskunft über die im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung im Einzelfall erforderlichen Hilfen und über notwendige Hilfsmittel und technische Hilfen (§ 36) geben, Vorschläge über Maßnahmen zur Rehabilitation sowie eine Prognose über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit sowie Aussagen über die sich daraus ergebende Notwendigkeit von Wiederholungsuntersuchungen enthalten.

Zu Absatz 6

Satz 1 dieser Vorschrift schreibt die Beteiligung von in der Pflege geschulten Fachkräften bei der Aufgabenerfüllung des Medizinischen Dienstes vor. Kranken- und Altenpfleger verfügen aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer beruflichen Erfahrung über spezifisches Wissen, das bei den Begutachtungs- und Entscheidungsprozessen des Medizinischen Dienstes genutzt werden soll. Pflegefachkräfte sollen besonders bei der Aufstellung eines Pflegeplanes beteiligt sowie bei der Begutachtung der Aktivierungsmöglichkeit des Pflegebedürftigen und Empfehlungen zur häuslichen oder stationären Pflege herangezogen werden. Die Pflegefachkräfte sind vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen einzustellen oder im Wege von Beraterverträgen als Sachverständige zu beschäftigen. Zu den sonstigen geeigneten Fachkräften, die der Medizinische Dienst im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung beteiligen kann, gehören insbesondere auch Sozialarbeiter.

Satz 2 stellt klar, daß der Medizinische Dienst auch bei der Beauftragung Dritter für den notwendigen Schutz personenbezogener Daten zu sorgen hat (vgl. § 11 BDSG).

Zu § 17 — Begriff der Pflegepersonen

Diese Vorschrift definiert den Personenkreis der Pflegepersonen, für den nach § 40 und den dort genannten Vorschriften die soziale Absicherung verbessert wird.

Pflegepersonen sind nur diejenigen, die einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 12 wenigstens 14 Stunden wöchentlich nicht erwerbsmäßig zu Hause pflegen.

Zwei Pflegepersonen, die sich die Pflege eines Pflegebedürftigen teilen, können beide sozial abgesichert werden, wenn wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit beide wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegen. Die vorgesehenen Beiträge der Pflegeversicherung an die Rentenversicherung werden gesplittet.

Der Mindestumfang von 14 Stunden wöchentlich kann auch bei Inanspruchnahme der Pflegesachleistungen nach den §§ 32 und 34 sowie bei Tages- oder Nachtpflege (§ 37) gegeben sein. Bei der Feststellung der Mindeststundenzahl wird nicht nur die Arbeitszeit gerechnet, die auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung entfällt und für die Feststellung des Grades der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 12 und 13 maßgeblich ist, sondern auch die Zeit, die benötigt wird für die ergänzende Pflege und Betreuung im Sinne von § 4 Abs. 2 Satz 1. Auch Berufstätige können Pflegepersonen im Sinne dieser Vorschrift sein, wenn eine angemessene Versorgung und Betreuung des Pflegebedürftigen trotz der Berufstätigkeit sichergestellt werden kann (vgl. § 33 Abs. 1 Satz 2). Die Notwendigkeit einer Verbesserung der Alterssicherung der Pflegepersonen besteht allerdings nur, wenn wegen der Pflege keine oder nur eine halbtägige Erwerbstätigkeit ausgeübt wird.

Die Abgrenzung zwischen erwerbsmäßiger Pflege Tätigkeit im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses oder einer selbständigen Erwerbstätigkeit einerseits und ehrenamtlicher Pflege Tätigkeit mit finanzieller Anerkennung andererseits erfolgt nach den allgemeinen Regeln des SGB IV. In der Regel wird davon auszugehen sein, daß in den Fällen, in denen ein im Haushalt lebender Familienangehöriger, z. B. die Ehefrau oder Tochter, die häusliche Pflege sicherstellt, ein Beschäftigungsverhältnis auch dann nicht vorliegt, wenn der Pflegebedürftige das ihm zustehende Pflegegeld an die Pflegeperson weiterreicht. Die in § 40 vorgesehene soziale Absicherung der Pflegepersonen wäre nicht erforderlich, wenn sich die Pflege meist im Rahmen von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen vollziehen würde.

Ist aufgrund der konkreten Umstände des Einzelfalles von einem Beschäftigungsverhältnis auszugehen, erhält also der Pflegebedürftige Pflege im Rahmen eines von ihm begründeten Beschäftigungsverhältnisses mit einer Pflegekraft, so erfolgt die soziale Absicherung nicht nach den §§ 17 und 40. Vielmehr hat der Pflegebedürftige die soziale Absicherung der Pflegekraft wie jeder andere Arbeitgeber sicherzustellen. Die Pflegepersonen im Sinne dieser Vorschrift sind in der Regel Familienangehörige, aber auch Nachbarn, Freunde und sonstige ehrenamtliche Helfer.

Jugendliche im Freiwilligen Sozialen Jahr und Zivildienstleistende, die eine Pflege Tätigkeit ausüben, sind keine Pflegepersonen im Sinne dieser Vorschrift.

Zur Verbesserung der häuslichen Pflege sieht § 41 unentgeltliche Pflegekurse vor.

Zum Dritten Kapitel — Versicherungspflichtiger Personenkreis

Allgemeines

- a) Das Dritte Kapitel enthält Regelungen über den in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtigen und versicherungsfreien Personenkreis sowie die Voraussetzungen der beitragsfreien Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung. Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht für alle Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung Mitglied sind.

Wer nicht gesetzlich, sondern privat krankenversichert ist, ist in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfrei, wird aber verpflichtet, bei dem Krankenversicherungsunternehmen, bei dem er Mitglied ist, zur Absicherung des Pflegefallrisikos einen Versicherungsvertrag abzuschließen. Dieser Vertrag muß einen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertigen Versicherungsschutz bieten.

Die Umschreibung des Personenkreises, der insgesamt zur Vorsorge gegen das Pflegefallrisiko verpflichtet wird, entspricht dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“.

- b) Da das Risiko Pflegebedürftigkeit heute als allgemeines Risiko anerkannt wird, ist es sozialpolitisch nicht nur gerechtfertigt, sondern auch erforderlich, möglichst für die gesamte Bevölkerung eine angemessene Absicherung für das Pflegefallrisiko zu erreichen. Das wünschenswerte Ziel einer absolut vollständigen Vorsorgepflicht für alle Bürger ließe sich jedoch nur mit einem unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand verwirklichen. Es wäre erforderlich, tatsächlich jeden Bürger namentlich zu erfassen und nicht nur zu kontrollieren, daß er die Vorsorgepflicht auch tatsächlich einlöst, sondern daß er auch den Versicherungsschutz auf Dauer aufrecht erhält.

Der mit einer umfassenden Versicherungspflicht verbundene Verwaltungsaufwand wäre gesamtwirtschaftlich gesehen nicht zu vertreten. Daher wird festgelegt, daß Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, die den gesetzlichen Krankenkassen ja namentlich bekannt sind, hinsichtlich des Pflegerisikos Mitglied der bei der Krankenkasse errichteten Pflegekasse werden sollen. Mitglieder der privaten Krankenversicherung werden verpflichtet, den Krankenversicherungsschutz bei ihrem Versicherungsunternehmen um den Pflegeversicherungsschutz zu erweitern.

- c) Die Anknüpfung der Versicherungspflicht gegen das Pflegefallrisiko an das Bestehen eines gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungsschutzes stellt nicht nur eine Lösung dar, die den mit der Erfassung des versicherungspflichtigen Personenkreises verbundenen Melde- und Kontrollaufwand auf ein Minimum reduziert. Der Lösungsweg „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ ist auch der sachlich richtige Weg, weil sich über ihn

zugleich die angestrebte breite Absicherung des Pflegefallrisikos erreichen läßt. Denn mehr als 98 v. H. der Bevölkerung sind gegenwärtig entweder in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert.

- d) Der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ ist auch aus gesundheits- und sozialpolitischen Gründen gerechtfertigt. Krankheit und Pflegebedürftigkeit sind eng verwandt und häufig nur sehr schwer voneinander abzugrenzen. Das eröffnet die Gefahr zahlreicher Streitigkeiten darüber, ob noch Krankheit und damit Krankenbehandlungsbedürftigkeit vorliegt oder ob der Pflegefall schon eingetreten ist mit der Konsequenz, daß nun die Pflegeversicherung leistungspflichtig wird. Derartige Streitigkeiten werden vermieden, wenn beide Risiken möglichst „unter einem Dach“ versichert werden. Dann werden die Probleme der Abgrenzung nicht auf dem Rücken des Versicherten ausgetragen.

Deshalb ist es auch gerechtfertigt und geboten, zur Durchführung der privaten Pflege-Pflichtversicherung den betreffenden Personenkreis an das Versicherungsunternehmen zu binden, bei dem bereits Krankenversicherungsschutz besteht.

- e) Soweit es sich um die Zuordnung der in der GKV Versicherten zur sozialen Pflegeversicherung handelt, ergibt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Nr. 12 GG. Die Schaffung eines „neuen, eigenständigen Zweiges der Sozialversicherung“ als solche begegnet keinen verfassungsrechtlichen Bedenken. Grundsätzlich liegt es in der Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers, den Mitgliederkreis der gesetzlichen Pflegeversicherung so abzugrenzen, wie es für die Begründung einer leistungsfähigen Solidargemeinschaft erforderlich ist (vgl. BVerfGE 44, 70, 90). Die Einbeziehung nicht nur der GKV-Pflichtversicherten, sondern auch der dort freiwillig Versicherten erscheint unbedenklich. Wenn das Risiko der Pflegebedürftigkeit als ein allgemeines Risiko anerkannt und deshalb eine allgemeine Versicherungspflicht gegen dieses Risiko als notwendig erachtet wird, so erscheint es sachgerecht, der sozialen Pflegeversicherung, die unter dem Dach der GKV errichtet wird, alle diejenigen zuzuweisen, die auch in der GKV gegen Krankheit versichert sind. Die Tatsache, daß es sich bei den freiwillig Versicherten der GKV durchweg um Besserverdienende handelt, für die eine Pflicht zur Krankenversicherung nicht besteht, steht dieser Zuordnung nicht entgegen. Denn auch für diejenigen Besserverdienenden, die von ihrer Befreiungsmöglichkeit von der GKV Gebrauch gemacht haben und sich privat krankenversichert haben, wird eine Versicherungspflicht gegen Pflegebedürftigkeit begründet, allerdings — systemgerecht — in der privaten Pflegeversicherung.

- f) Soweit es um die in der privaten Krankenversicherung Versicherten und deren Zuordnung zur priva-

ten Pflege-Pflichtversicherung geht, ergibt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Nr. 7 i. V. m. Nr. 11 GG. Der Gesetzgeber kann in legitimer Weise zur Durchsetzung einer grundsätzlich allgemeinen Versicherungspflicht gegen Pflegebedürftigkeit die potentiell hilfsbedürftigen Personen auch in der Weise in die Pflicht nehmen, daß sie dann, wenn sie das Krankheitsrisiko privat abgesichert haben, auch das Pflegefallrisiko privat absichern müssen.

- g) Der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ hat in strenger Durchführung die Konsequenz, daß diejenigen, die weder gesetzlich noch privat versichert sind, von der Pflegeversicherungspflicht nicht erfaßt werden.

Bei diesem Personenkreis dürfte es sich überwiegend um solche Personen handeln, die nicht erwerbstätig sind und über keine Einkünfte verfügen, die für die Beitragspflicht in der Sozialversicherung maßgeblich wären. Sie wären meldetechnisch kaum erfaßbar, die Feststellung der Beitragspflicht und der Beitragsbemessungsgrundlage wäre bei dieser Gruppe besonders schwierig, der Beitragseinzug wäre mit hohen Nebenkosten verbunden. Diese Gründe sprechen dafür, den Grundsatz der Vorsorgepflicht für alle Bürger nicht bis zur letzten Konsequenz zu verfolgen, sondern nur die bereits Krankenversicherten zur Erweiterung ihres Versicherungsschutzes im Hinblick auf das Pflegefallrisiko zu verpflichten.

Zu den Einzelvorschriften

Zu § 18 — Versicherungspflicht für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

Diese Vorschrift bestimmt entsprechend dem Grundsatz „Die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“, daß der sozialen Pflegeversicherung alle Personen angehören, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Alle privat Krankenversicherten werden Mitglied eines privaten Pflegeversicherungsunternehmens.

Zu Absatz 1

Grundsätzlich entspricht der in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtige Personenkreis dem Kreis der gesetzlich krankenversicherten Personen, und zwar sowohl der Pflichtversicherten als auch der freiwillig Versicherten. Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht nicht für privat Krankenversicherte.

In der Vorschrift werden die Tatbestände, die zur Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversiche-

rung führen, im einzelnen geregelt, jedoch immer unter dem Aspekt, daß eine Versicherungspflicht für den einzelnen nur eintritt, wenn auch eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht.

In den Nummern 1, 2, 8 bis 16, 19 und 21 werden im wesentlichen die Personenkreise beschrieben, für die auch in der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem SGB V, dem Arbeitsförderungsgesetz, dem Künstlersozialversicherungsgesetz sowie dem Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte Versicherungspflicht besteht. Der Begriff Arbeitsentgelt in Nummer 1 umfaßt auch die Ausbildungsvergütung nach § 10 Berufsbildungsgesetz. In Nummer 15 werden darüber hinaus auch Schüler einer Fachschule oder Berufsfachschule in die Versicherungspflicht einbezogen und gleichzeitig im Hinblick auf die Auswirkungen auf das Beitragsrecht den Studenten und Praktikanten gleichgestellt.

Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung wird in der sozialen Pflegeversicherung Versicherungspflicht auch für Bezieher von Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung sowie von Rentenleistungen, die unmittelbar nach dem Bundesversorgungsgesetz oder in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes gezahlt werden, vorgeesehen (Nummer 17), sofern diese Personen sich für die freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung entschieden haben.

Gleiches gilt auch für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beamte, Richter, Soldaten auf Zeit, Berufssoldaten, Abgeordnete, Minister, Parlamentarische Staatssekretäre, Geistliche sowie Mitglieder geistlicher Genossenschaften. Die Versicherungspflicht besteht für diese Personengruppen nicht nur für die Dauer ihrer aktiven Tätigkeit, sondern nach Nummer 18 auch, wenn der einzelne wegen Alters oder Invalidität aus dem Erwerbsleben ausscheidet und Versorgungsbezüge bezieht.

Nummer 20 und 22 legt eine Versicherungspflicht auch für in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherte Personen fest, die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) oder nach dem Bundessozialhilfegesetz oder entsprechende Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder über die Kriegsopferfürsorge beziehen. Versicherungspflicht bei Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt entsteht nicht bei folgenden in § 120 Abs. 2 BSHG genannten Personengruppen:

1. asylsuchende Ausländer, deren Asylverfahren noch nicht unanfechtbar abgeschlossen ist und die keine Aufenthaltsgenehmigung besitzen,
2. zur Ausreise verpflichtete Ausländer, deren Aufenthalt aus völkerrechtlichen, politischen, humanitären oder aus den in § 51 Abs. 1 des Ausländergesetzes genannten Gründen geduldet wird,
3. sonstige Ausländer, die zur Ausreise verpflichtet sind.

Zu Absatz 2

Zielsetzung des Gesetzes ist es, alle Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, in die Versicherungspflicht der sozialen Pflegeversicherung einzubeziehen, unabhängig davon, ob sie in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert oder freiwillig versichert sind.

Die Pflichtversicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung sind durch die Tatbestände des Absatzes 1 vollständig erfaßt. Um auch die freiwillig Versicherten vollständig zu erfassen, ist es erforderlich, eine Auffangregelung zu schaffen. Dadurch werden auch die Personen erfaßt, die früher die Zugangsvoraussetzungen zur gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere über einen Pflichttatbestand oder eine Familienversicherung erfüllt hatten, bei denen aber inzwischen diese Voraussetzungen nicht mehr vorliegen. Diese Personen konnten in der gesetzlichen Krankenversicherung als freiwillig Versicherte verbleiben.

Zu Absatz 3

Nach dieser Regelung soll für Studenten, Schüler an Fachschulen und Berufsfachschulen, Praktikanten, Auszubildende ohne Arbeitsentgelt sowie für Grund-, Wehr- oder Zivildienstleistende keine eigenständige Versicherungspflicht mit entsprechender Beitragspflicht eintreten, solange im Einzelfall die Voraussetzungen einer beitragsfreien Familienversicherung erfüllt sind. Aus Gründen der Gleichbehandlung gilt dies auch, solange für ein Kind eine „Mitversicherung“ bei einem privaten Versicherungsunternehmen besteht.

Aus sozialpolitischen Gründen soll eine eigenständige Versicherungspflicht auch nicht für die Personen eintreten, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt von einem Sozialleistungsträger erhalten, wenn diese Einnahmen insgesamt die in § 21 Abs. 1 Nr. 4 vorgesehene Einkommensgrenze nicht überschreiten. In diesen Fällen soll die beitragsfreie Familienversicherung nicht durch Eintritt einer eigenständigen Versicherungs- und Beitragspflicht beendet werden.

Zu Absatz 4

Diese Regelung dient der Vermeidung mißbräuchlicher Ausnutzung der sozialen Pflegeversicherung. Die Tatsache, daß die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung auch für diejenigen wieder eine Rückkehrmöglichkeit zur sozialen Pflegeversicherung eröffnen kann, die aufgrund einer privaten Krankenversicherung versicherungsfrei in der sozialen Pflegeversicherung waren, bietet Möglichkeiten zum Mißbrauch. Um diesem entgegenzuwirken, wird die widerlegbare Vermutung aufgestellt, daß es sich nicht um eine versicherungspflichtige Beschäftigung handelt, wenn eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung aufgenommen wird. Vor allem bei einer

Beschäftigung bei Familienangehörigen ist eine untergeordnete wirtschaftliche Bedeutung dann anzunehmen, wenn die Höhe des Arbeitsentgelts nicht in einem angemessenen Verhältnis zur Arbeitsleistung steht oder die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 SGB IV) nicht übersteigt.

Zu § 19 — Konkurrenzklausele

Die Vielzahl der in § 18 aufgelisteten Versicherungspflichttatbestände macht es im Hinblick auf die Beitragspflichten erforderlich, das Konkurrenzverhältnis zu regeln, wenn bei einem Versicherten gleichzeitig mehrere Versicherungspflichttatbestände erfüllt werden.

Zu Absatz 1

Die Versicherungspflicht nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz als selbständig tätiger Künstler oder Publizist (Nr. 2) geht der Versicherungspflicht aufgrund einer sonstigen selbständigen Tätigkeit (Nr. 3) vor. Die Versicherungspflicht aufgrund einer selbständigen Tätigkeit nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (Nr. 2) oder einer hauptberuflichen selbständigen Tätigkeit (Nr. 3) geht der Versicherungspflicht als

- gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Person (Nr. 1),
- Beamter, Richter, Soldat auf Zeit, Berufssoldat (Nr. 4),
- Abgeordneter (Nr. 5),
- Geistlicher der als öffentlich-rechtlichen Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften (Nr. 6),
- satzungsmäßiges Mitglied geistlicher Genossenschaften (Nr. 7) sowie
- mitarbeitender Familienangehöriger eines landwirtschaftlichen Unternehmers (Nr. 8)

vor.

Hauptberuflich ist eine selbständige Tätigkeit, wenn sie von der wirtschaftlichen Bedeutung und dem zeitlichen Aufwand her die übrigen Erwerbstätigkeiten zusammen deutlich übersteigt und den Mittelpunkt der Erwerbstätigkeit darstellt. Bei Personen, die neben einer selbständigen Tätigkeit noch mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mehr als 18 Stunden abhängig beschäftigt sind, besteht die widerlegbare Vermutung, daß die selbständige Tätigkeit nicht hauptberuflich ausgeübt wird, mit der Folge, daß das abhängige Beschäftigungsverhältnis zur Versicherungspflicht nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 führt.

Zu Absatz 2

Die Regelung sieht im einzelnen folgendes vor:

Die Versicherungspflicht der

- gegen Arbeitsentgelt beschäftigten Personen (Nr. 1),
- selbständig Tätigen (Nr. 2 und Nr. 3),
- Beamten, Richter, Soldaten auf Zeit, Berufssoldaten (Nr. 4),
- Abgeordneten (Nr. 5),
- Geistlichen der als öffentlich-rechtlichen Körperschaften anerkannten Religionsgesellschaften (Nr. 6) sowie
- der satzungsmäßigen Mitglieder geistlicher Genossenschaften (Nr. 7)

geht der Versicherungspflicht von

- mitarbeitenden Familienangehörigen eines landwirtschaftlichen Unternehmers (Nr. 8),
- Teilnehmern an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation (Nr. 11),
- Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen (Nr. 12) oder
- von Behinderten, die
 - a) in nach dem Schwerbehindertengesetz anerkannten Werkstätten tätig sind,
 - b) in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen (Nr. 13),

vor.

Die Versicherungspflicht als

- Bezieher einer Produktionsaufgaberente, von Ausgleichsgeld oder Vorruhestandsgeld (Nr. 16),
- Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung oder einer Rente nach dem Bundesversorgungsgesetz (Nr. 17),
- Bezieher von Versorgungsbezügen oder vergleichbaren Versorgungseinkünften (Nr. 18) oder
- als Altenteiler oder ehemals in der Landwirtschaft Tätiger, der in der Krankenversicherung der Landwirte krankenversicherungspflichtig ist (Nr. 19),

geht der Versicherungspflicht als mitarbeitender Familienangehöriger (Nr. 8) vor.

Trifft eine Versicherungspflicht aufgrund der Teilnahme an einer berufsfördernden Rehabilitationsmaßnahme (Nr. 11) mit einer Versicherungspflicht als Behinderter (Nr. 13) zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind.

Zu Absatz 3

Die Versicherungspflicht

- als Student (Nr. 14) oder
- als Auszubildender ohne Arbeitsentgelt, Berufsfachschüler, Fachschüler oder Praktikant (Nr. 15)

tritt nicht ein, wenn die Voraussetzung eines in § 18 Abs. 1 Nr. 1 bis 13 oder Nr. 16 bis 19 genannten Versicherungspflichttatbestandes erfüllt ist. Die Versicherungspflicht als Arbeitnehmer (Nr. 1) tritt nicht ein bei Personen, die während der Dauer ihres Studiums als ordentliche Studierende einer Hochschule oder als Schüler einer der fachlichen Ausbildung dienenden Schule gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind. Nach Abschluß des 14. Fachsemesters oder Vollendung des 30. Lebensjahres gilt dies — wie in § 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V — nur unter besonderen Voraussetzungen.

Trifft die Versicherungspflicht als Student (Nr. 14) mit der Versicherungspflicht als Berufsfachschüler, Fachschüler oder Praktikant (Nr. 15) zusammen, so geht die Versicherungspflicht als Student vor.

Die Versicherungspflicht aufgrund laufender Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz, im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz (Nr. 20) oder aufgrund von Kriegsschadenrente oder vergleichbarer Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz (Nr. 22) ist gegenüber der Versicherungspflicht als Student (Nr. 14), Berufsfachschüler, Fachschüler oder Praktikant (Nr. 15) nachrangig.

Zu Absatz 4

Die Versicherungspflicht als

- gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Person (Nr. 1),
- selbständig Tätiger (Nr. 2 und Nr. 3),
- Beamter, Richter, Soldat auf Zeit oder Berufssoldat (Nr. 4),
- Abgeordneter (Nr. 5),
- Geistlicher einer als öffentlich-rechtliche Körperschaft anerkannten Religionsgesellschaft (Nr. 6) oder
- als satzungsmäßiges Mitglied einer geistlichen Genossenschaft (Nr. 7)

geht der Versicherungspflicht als

- Bezieher einer Produktionsaufgaberente, von Ausgleichsgeld oder Vorruhestandsgeld (Nr. 16),
- Bezieher einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung oder einer Rente nach dem Bundesversorgungsgesetz (Nr. 17),
- Bezieher von Versorgungsbezügen oder vergleichbaren Versorgungseinkünften (Nr. 18) oder
- als Altenteiler oder ehemals in der Landwirtschaft Tätiger, der in der Krankenversicherung der Landwirte krankenversicherungspflichtig ist (Nr. 19),

vor.

Zu Absatz 5

Die Versicherungspflicht aufgrund der Ableistung des gesetzlichen Wehr- oder Zivildienstes (Nr. 21) ist gegenüber allen anderen in § 18 Abs. 1 genannten Versicherungspflichttatbeständen nachrangig.

Zu § 20 — Versicherungspflicht für Mitglieder der privaten Krankenversicherung

Zu Absatz 1

Die Vorschrift sieht für die Personen Versicherungsfreiheit in der sozialen Pflegeversicherung vor, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind. Voraussetzung für die Versicherungsfreiheit ist also eine Krankheitskostenvollversicherung, eine private Zusatz- oder Reisekrankenversicherung reichen dafür nicht aus.

Da möglichst für jeden Bürger der Bundesrepublik eine angemessene Absicherung für den Fall der Pflegebedürftigkeit erreicht werden soll, wird für den Personenkreis der privat Krankenversicherten die Verpflichtung vorgesehen, bei dem privaten Versicherungsunternehmen einen Versicherungsvertrag gegen das Pflegefallrisiko abzuschließen und aufrechtzuerhalten, bei dem bereits die Krankenversicherung besteht. Diese Regelung ermöglicht die im Interesse des einzelnen Betroffenen sinnvolle Einheitlichkeit des Trägers von Pflegeversicherung und Krankenversicherung. Der private Pflegeversicherungsvertrag muß Leistungen vorsehen, die denen der sozialen Pflegeversicherung entsprechen, und zwar nicht nur für das Mitglied selbst, sondern auch für die Familienangehörigen, für die bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung Anspruch auf Familienversicherung bestünde. Die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes setzt voraus, daß der einzelne sowohl bei ambulanter als auch bei stationärer Pflege entweder Geldleistungen in der Höhe erhält, wie sie in der sozialen Pflegeversicherung für die jeweilige Stufe der Pflegebedürftigkeit vorgesehen sind oder aber Kostenerstattung in Höhe der für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Sachleistung. Dies bedeutet, daß die Leistungen auch in der privaten Pflegeversicherung in dem Rahmen anzupassen sind, in dem die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach § 26 angepaßt werden.

Zu Absatz 2

Wer bereits Entschädigungsleistungen bei stationärer Pflege erhält, die nach § 30 Abs. 1 Nr. 2 zum Ruhen der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung führen würden, muß keine private Pflegeversicherung abschließen. Dies gilt aber nur für den Leistungsempfänger selbst, nicht für seine Angehörigen mit Anspruch auf Familienversicherung. Diese

sind verpflichtet, sofern sie nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung Mitglied oder familienversichert sind, sich privat gegen das Pflegefallrisiko abzusichern.

Zu Absatz 3

Bei Personen, die Anspruch auf Beihilfe haben, sind bei der Prüfung der Gleichwertigkeit des privaten Versicherungsschutzes Leistungen der Beihilfe in die Bewertung mit einzubeziehen. Es reicht in diesen Fällen ein Versicherungsvertrag, der die Differenz zwischen sozialer Pflegeversicherung und Beihilfe abdeckt (Restkostenversicherung).

Zu Absatz 4

Mit dieser Vorschrift werden Rahmenbedingungen für die zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten privaten Krankenversicherungsunternehmen festgelegt, die sicherstellen, daß die privaten Pflegeversicherungsverträge nicht nur hinsichtlich des Umfangs der Versicherungsleistungen, sondern auch hinsichtlich struktureller Kriterien mit der Qualität des Schutzes in der sozialen Pflegeversicherung vergleichbar sind.

Dazu zählt zum Beispiel der Zwang zum Betrieb der Pflegeversicherung nach Art der Lebensversicherung, zur Beitragserhebung auf versicherungsmathematischer Grundlage und Vornahme versicherungstechnischer Rückstellungen, mit dem die ausreichende Vorsorge für ältere Versicherte erreicht werden soll. Ebenfalls den Interessen der Versicherungsnehmer dienen die vorgesehenen Verpflichtungen zur Verwendung der Überschüsse zugunsten der Versicherungsnehmer sowie die in § 29 Abs. 3 vorgeschriebene wechselseitige Anerkennung von Vorversicherungszeiten bei Wechsel von der sozialen Pflegeversicherung zur privaten Pflegeversicherung und umgekehrt.

Die Regelung wird ergänzt um die in § 119 festgelegten Bedingungen und Voraussetzungen, an die die privaten Krankenversicherungsunternehmen gebunden werden, damit die privat krankenversicherten Personen, die ihre Vorsorgepflicht gegen das Pflegefallrisiko bei privaten Krankenversicherungsunternehmen einlösen müssen, dies zu sozialverträglichen Bedingungen tun können.

Zu § 21 — Familienversicherung

In der sozialen Pflegeversicherung soll für unterhaltsberechtigten Familienangehörigen eines Mitglieds unter den gleichen Voraussetzungen ein Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung bestehen, wie dies in der gesetzlichen Krankenversicherung der Fall ist. Zu diesem Zweck wird die Regelung des § 10 SGB V weitgehend übernommen.

Zu Absatz 1

Um den Gleichklang mit dem Anspruch auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erreichen, ist es erforderlich, die in dem Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte enthaltene Sonderregelung bei der Ermittlung des für die Familienversicherung maßgebenden Gesamteinkommens des Angehörigen zu übertragen. Danach bleibt bei der Feststellung des Gesamteinkommens des Ehegatten das Einkommen außer Betracht, das die Ehegatten aus dem von ihnen gegenwärtig oder früher gemeinsam betriebenen landwirtschaftlichen Unternehmen oder aus der gemeinsamen Beschäftigung als mitarbeitende Familienangehörige erzielen.

Zu Absatz 2

Die Regelung legt die Altersgrenzen fest, bis zu denen für Kinder eine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist. Die Regelung entspricht § 10 Abs. 2 SGB V. Unter den in Absatz 2 genannten Voraussetzungen sind auch Personen, die an einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme im Sinne des § 40 AFG teilnehmen, familienversichert.

Zu Absatz 3

Die Regelung dieses Absatzes entspricht inhaltlich der Regelung des § 10 Abs. 3 SGB V.

Zu § 22 — Weiterversicherung

Die Vorschrift sieht für bestimmte Personen die Möglichkeit vor, sich freiwillig weiterzuversichern, ohne aber den Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ zu durchbrechen.

Zu Absatz 1

Die getroffenen Regelungen entsprechen im wesentlichen den Bestimmungen über die Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB V).

Dies gilt auch für das Recht zur Weiterversicherung bei Beendigung der Familienversicherung. So hat z. B. der Ehepartner nach der Ehescheidung oder das Kind bei Beendigung der Familienversicherung ein Recht zur Weiterversicherung. Der weitere Fall des Satzes 2 stellt eine Sonderregelung für Kinder dar und gibt ihnen die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung, auch wenn eine Familienversicherung nicht bestand.

Die Rahmenfrist und die Vorversicherungszeiten für einen Anspruch auf Weiterversicherung entsprechen den bei der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Zeiten.

Zu Absatz 2

Die Regelung ermöglicht Personen die Weiterführung des Versicherungsverhältnisses zu einem verminderten Beitrag in den Fällen, in denen wegen der Verlegung des Wohnsitzes in das Ausland die Versicherungspflicht endet. Leistungen werden zwar auch bei dieser Weiterversicherung grundsätzlich nicht ins Ausland transferiert, die Weiterversicherung hat jedoch Bedeutung im Hinblick auf die in § 29 vorgesehene Vorversicherungszeit für die Leistungsanspruchnahme, die nach einer Übergangszeit von einem Jahr nach Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes eingeführt wird. Die Vorversicherungszeit kann durch das Weiterführen der Versicherung während des Auslandsaufenthaltes erfüllt werden.

Dies gilt auch für Personen, die im Ausland wohnen und im Inland beschäftigt sind (Grenzgänger), wenn ihre Versicherungspflicht bei Aufgabe der Beschäftigung im Inland endet.

Die Vorschrift stellt klar, daß über die Weiterversicherung, bei der nur ein Mindestbeitrag entrichtet wird, keine beitragsfreie Familienversicherung für diejenigen Angehörigen vermittelt werden kann, die nicht mit ins Ausland gehen, sondern im Inland verbleiben. Mit dem Tag, an dem das Mitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt, endet die bisherige Familienversicherung. Die Familienangehörigen werden entweder selbst versicherungspflichtig, weil sie einen Versicherungspflichttatbestand nach § 18 Abs. 1 erfüllen, oder sie können von der Möglichkeit der Weiterversicherung nach Absatz 1 Gebrauch machen, für die jedoch keine Beitragsvergünstigung vorgesehen ist, weil bei ihr im Unterschied zur der Weiterversicherung bei Auslandsaufenthalt nach Absatz 2 die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ruhen.

Zu § 23 — Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages

Da auch für bisher Privatversicherte in der sozialen Pflegeversicherung eine Versicherungspflicht eintreten kann, z. B. bei einem Selbständigen, der seine selbständige Tätigkeit aufgibt und eine abhängige versicherungspflichtige Beschäftigung aufnimmt, oder bei einem Kind, das eine Erwerbstätigkeit aufnimmt und aufgrund dieses Sachverhaltes versicherungspflichtig wird, ist es erforderlich, den Betroffenen ein Recht zur kurzfristigen Kündigung des privaten Versicherungsvertrages einzuräumen, um ihnen eine nicht erforderliche Doppelversicherung zu ersparen. Das besondere Kündigungsrecht wird gleichzeitig auch den Familienangehörigen eingeräumt, für die mit Eintritt der Versicherungspflicht des Elternteiles oder Ehegatten gleichzeitig eine Familienversicherung nach § 21 eintritt.

Zum Vierten Kapitel — Leistungen der Pflegeversicherung

Allgemeines

Dieses Kapitel gibt im Ersten Abschnitt eine Übersicht über die Leistungen der Pflegeversicherung und enthält im Zweiten Abschnitt die für alle Leistungen geltenden allgemeinen Vorschriften, insbesondere auch Grundsätze, die die Pflegekassen bei der Leistungsgewährung zu beachten haben, wie z. B. das Wirtschaftlichkeitsgebot sowie den Grundsatz des Vorrangs der Rehabilitation vor Pflege.

Im Dritten Abschnitt werden die Leistungen im einzelnen geregelt. Bei Pflege im häuslichen Bereich steht die Pflegesachleistung in Form von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung im Vordergrund. Anstelle der Pflegesachleistung kann der Pflegebedürftige Pflegegeld beantragen. Beide Leistungen sind in der Höhe nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt. Wird die Sachleistung nicht in voller Höhe in Anspruch genommen, kann gleichzeitig ein anteiliges Pflegegeld beansprucht werden. Daneben erhält der Pflegebedürftige Pflegehilfsmittel sowie technische Hilfen in seinem Haushalt, die der Erleichterung der häuslichen Pflege dienen oder eine selbständigere Lebensführung ermöglichen.

Bei Verhinderung der Pflegeperson, z. B. durch Urlaub, kann die häusliche Pflege durch den Einsatz von professionellen Fachkräften weiter sichergestellt oder die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung gewählt werden. Ist die häusliche Pflege durch Ersatzkräfte oder durch Leistungen in Tagespflegeeinrichtungen zeitweise nicht sicherzustellen, ist die Pflege in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung möglich.

Um die Bereitschaft zur Pflege im häuslichen Bereich zu fördern und den hohen Einsatz der Pflegepersonen anzuerkennen, wird ihre soziale Sicherung deutlich verbessert, insbesondere in der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung.

Bei stationärer Pflege übernimmt die soziale Pflegeversicherung ab dem 1. Januar 1996 die pflegebedingten Aufwendungen bis zu einem Wert von 2 100 DM monatlich. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung hat der Pflegebedürftige selbst zu tragen.

Zu den Einzelvorschriften

Zum Ersten Abschnitt — Übersicht über die Leistungen

Zu § 24 — Leistungsarten, Grundsätze

Zu Absatz 1

Die Vorschrift enthält eine Übersicht über die Leistungen der Pflegeversicherung, ohne selbst bereits Ansprüche zu begründen. Die konkreten Leistungsvoraussetzungen ergeben sich aus den Einzelvorschriften des Zweiten Kapitels (Leistungsberechtigter

Personenkreis) und aus den folgenden Vorschriften dieses Kapitels.

Zu Absatz 2

Um die Qualität der Pflegeleistungen zu sichern, wird festgelegt, daß die Leistungen nach dem anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse erbracht werden müssen. Hierfür haben die Pflegekassen und die Leistungserbringer im Interesse der Pflegebedürftigen Sorge zu tragen. Diese Verpflichtung ist daher Inhalt des in § 78 festgelegten Sicherstellungsauftrags. Darüber hinaus sieht § 89 die Festlegung von Grundsätzen und Maßstäben für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie Qualitätsprüfungen vor.

Zu Absatz 3

Die Pflege soll als aktivierende Pflege erbracht werden, die vorhandene und wieder erlernbare Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen fördert und sichert. Selbständigkeit und Selbsthilfefähigkeit des Pflegebedürftigen sind zu unterstützen und der Pflegebedürftige zur Mithilfe bei der Ausführung aller Pflegeleistungen anzuleiten. Aktivierende Maßnahmen sollen alle körpernahen Verrichtungen einbeziehen, aber auch die hauswirtschaftliche Versorgung, die Organisation des Tagesablaufs und die Gestaltung der Wohnung oder des Pflegeheimes. Die Angehörigen des Pflegebedürftigen sollen sich an der aktivierenden Pflege beteiligen.

Die aktive Einbeziehung des Pflegebedürftigen ist eine wesentliche Voraussetzung, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, den Pflegezustand zu verbessern oder einer Verschlimmerung vorzubeugen. Dazu gehört z. B. die Ermunterung und ggf. Hilfestellung beim bettlägerigen Pflegebedürftigen zum Aufstehen und Umhergehen, die geistige Anregung insbesondere bei alleinstehenden, vereinsamten Menschen, die Anleitung zum selbständigen Essen statt passiver Nahrungsaufnahme, zur Selbsthilfe beim Blutdruckmessen und zum Umgang mit Inkontinenzartikeln. Im Tagesablauf sind die Wünsche des Pflegebedürftigen unter anderem beim Wecken und Zubettgehen zu berücksichtigen.

Bei der Pflege geht es nicht nur um die Erbringung der erforderlichen Pflegeleistungen an dem Pflegebedürftigen, vielmehr steht der pflegebedürftige Mensch selbst im Mittelpunkt. Die Pflege muß daher personen- und zuwendungsorientiert sein, sie erfordert individuelles Vorgehen und persönliche Anteilnahme und Ansprache. Beim Umgang mit dem Pflegebedürftigen sind seine Fähigkeiten, Gewohnheiten, Wünsche und Ängste zu berücksichtigen und seine gesamte Persönlichkeit zu achten.

Bei der Pflege ist gleichzeitig auf das Kommunikationsbedürfnis des Pflegebedürftigen einzugehen. In Fällen, in denen eine Vereinsamungstendenz des Pflegebedürftigen beobachtet wird, sollte sich die Pflegekraft auch um die Vermittlung von Gesprächsmöglichkeiten für den Pflegebedürftigen mit ehren-

amtlichen Kräften anderer sozialer Dienste bemühen. Den besonderen Bedürfnissen seelisch oder geistig Behinderter ist Rechnung zu tragen.

Zum Zweiten Abschnitt — Gemeinsame Vorschriften

Zu § 25 — Wirtschaftlichkeitsgebot

Zu Absatz 1

Die Vorschrift entspricht inhaltlich dem in § 12 Abs. 1 SGB V für die gesetzliche Krankenversicherung festgelegten Wirtschaftlichkeitsgebot. Die Notwendigkeit einer Abweichung ergibt sich aus der Tatsache, daß die Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung anders als in der Krankenversicherung in der Höhe begrenzt und daher nicht in jedem Einzelfall bedarfsdeckend sind. Aus diesem Grund kann das Wirtschaftlichkeitsgebot in der sozialen Pflegeversicherung nicht das Gebot ausreichender Leistungsgewährung umfassen. Die Vorschrift wird ergänzt durch Regelungen im Siebten Kapitel, die das Wirtschaftlichkeitsgebot weiter konkretisieren.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift legt mit Rücksicht auf die finanziellen Interessen der Versichertengemeinschaft fest, daß die Leistungspflicht der Pflegekassen nicht gegeben ist, wenn ein Versicherter Leistungen bei einem nicht zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch nimmt. In diesem Fall besteht auch kein Anspruch auf Kostenersatzung. Leistungserbringer werden durch Abschluß eines Versorgungsvertrages zugelassen und sind damit zur Teilnahme an der pflegerischen Versorgung der Versicherten berechtigt und verpflichtet. Näheres regeln die §§ 81 bis 87.

Zu § 26 — Dynamisierung

Mit der vorgesehenen Dynamisierung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung soll erreicht werden, daß die Höhe der Leistungen der Entwicklung der Beitragseinnahmen Rechnung trägt.

Eine Änderung der Leistungen erfolgt nicht automatisch und nicht in regelmäßigen Zeitabständen. Die Leistungshöhe wird unter Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität durch Rechtsverordnung angepaßt. Der Ordnungsgeber wird verpflichtet, bei der Anpassung der Höhe der Leistungen den Grundsatz des Vorrangs der häuslichen vor der stationären Pflege zu beachten.

Zu § 27 — Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

Zu Absatz 1

Diese Regelung hebt die Bedeutung hervor, die der Rehabilitation auch bei Pflegebedürftigkeit zukommt. Den Pflegekassen wird die Pflicht auferlegt zu prüfen, ob im konkreten Einzelfall Rehabilitationsmöglichkeiten bestehen, die die Pflegebedürftigkeit überwinden, mindern oder ihre Verschlimmerung verhüten können. Hierdurch soll vermieden werden, daß die Feststellung der Pflegebedürftigkeit zur Einbahnstraße ohne Umkehr wird.

Zu Absatz 2

Die Regelung betont die Pflicht der Pflegekassen, nicht nur bei Gewährung von Leistungen, sondern auch im Vorfeld der Pflegebedürftigkeit bei den allgemeinen Aufgaben der Sozialleistungsträger, wie sie im Zweiten Abschnitt des SGB I geregelt sind, mit den Rehabilitationsträgern zusammenzuarbeiten mit dem Ziel, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten.

Zu Absatz 3

Die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen obliegt dem zuständigen Rehabilitationsträger, in der Regel der Kranken- oder Rentenversicherung. Die Krankenversicherung hat auch nach eingetretener Pflegebedürftigkeit ihre medizinischen und ergänzenden Leistungen nach § 11 Abs. 2 SGB V einzusetzen, um zur Beseitigung und Minderung von Pflegebedürftigkeit beizutragen. Sobald die Pflegekasse die Notwendigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen feststellt, hat sie den Rehabilitationsträger unverzüglich zu verständigen. Die Mitteilung ist nicht von der Einwilligung des Betroffenen abhängig, um die sofortige Einleitung der erforderlichen Maßnahmen nicht zu verzögern.

Zu Absatz 4

Diese Regelung verpflichtet die Pflegekasse, den Versicherten im Zusammenhang mit durchzuführenden Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen und bei der Antragstellung behilflich zu sein. Die Pflicht des für die Rehabilitation zuständigen Trägers, bei der Antragstellung zu helfen, bleibt unberührt.

Zu § 28 — Vorläufige Leistungen zur Rehabilitation

Zu Absatz 1

Um einen für den Rehabilitationserfolg schädlichen Zeitverlust zu vermeiden, erhalten die Pflegekassen die Möglichkeit, medizinische Rehabilitationsleistungen vorläufig zu erbringen, wenn andernfalls die sofortige Einleitung der Leistungen gefährdet wäre.

Die Pflegekasse darf jedoch nur ambulante Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten des zuständigen Rehabilitationsträgers vorläufig erbringen. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen können nur durch den zuständigen Rehabilitationsträger eingeleitet werden. Die Möglichkeit der Vorleistung der Pflegekasse beschränkt sich zudem auf Rehabilitationsleistungen, die erforderlich sind, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Sie erstreckt sich nicht auf vorläufige Rehabilitationsleistungen, wenn diese allein dazu dienen, die Erwerbsfähigkeit des Versicherten wiederherzustellen. Hier bleibt es bei den Zuständigkeitsregeln entsprechend dem Rehabilitationsangleichungsgesetz und den weiteren Büchern dieses Gesetzbuches.

Zu Absatz 2

Die vorläufigen Rehabilitationsleistungen können erst erbracht werden, wenn der zuständige Rehabilitationsträger auf die Notwendigkeit und die Eilbedürftigkeit der Rehabilitationsleistungen hingewiesen wurde, gleichwohl aber nicht handelt. Der Pflegekasse sind die mit der Vorleistung verbundenen Aufwendungen vom zuständigen Kostenträger zu erstatten. Erbringt die Pflegekasse Leistungen, für die der Rehabilitationsträger nicht zuständig ist oder die über den Leistungsumfang des zuständigen Rehabilitationsträgers hinausgehen, hat sie die damit verbundenen Aufwendungen selbst zu tragen.

Zu § 29 — Leistungsvoraussetzungen

Zu Absatz 1

Die Leistungsgewährung wird, wie dies auch bei sonstigen Sozialversicherungsleistungen in aller Regel der Fall ist, davon abhängig gemacht, daß ein Antrag gestellt wird. Leistungen der Pflegeversicherung stellen insoweit keine Ausnahme dar. Antragsberechtigt ist der versicherte Pflegebedürftige, in den Fällen der §§ 40 und 41 in Verbindung mit § 17 die Pflegeperson, ansonsten ein von diesen Personen Bevollmächtigter.

Grundsätzlich werden die Leistungen ab Antragstellung gewährt. Wenn also die Feststellung der Pflegebedürftigkeit einige Zeit in Anspruch nimmt, werden auch rückwirkend bis zum Zeitpunkt der Antragstellung Geldleistungen erbracht. Liegt bei Antragstellung noch keine Pflegebedürftigkeit vor, sondern tritt sie erst danach ein, werden die Leistungen erst ab Eintritt der Pflegebedürftigkeit gewährt. Bei Antragstellung nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit — dies dürfte der Regelfall sein — wird ab Beginn des Antragsmonats geleistet, wenn der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt wurde (Satz 3).

Zu Absatz 2

Zielsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes ist es, alle bereits Pflegebedürftigen sofort bei Inkrafttreten des Gesetzes in den Versicherungsschutz einzubeziehen. Um die Solidargemeinschaft der Versicherten nicht zu überfordern, kann aber auf Dauer nicht von einer Vorversicherungszeit abgesehen werden. Es wäre sozialpolitisch nicht befriedigend, wenn jeder, der in die Bundesrepublik Deutschland zuwandert und Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung und damit Versicherter der sozialen Pflegeversicherung wird, sofort volle Leistungen der Pflegeversicherung für sich oder einen mitversicherten Familienangehörigen erhalten könnte, obwohl er noch keine oder nur eine geringe Vorleistung in Form von Beiträgen erbracht hat. Daher wird nach Absatz 2 die Vorversicherungszeit beginnend mit dem 1. Januar 1995 stufenweise eingeführt. Die Vorversicherungszeit beträgt zunächst ein Jahr und wird jährlich zum 1. Januar um ein weiteres Jahr verlängert. Ab dem 1. Januar 1999 erhält nur noch derjenige Leistungen, der eine Vorversicherungszeit von fünf Jahren nachweisen kann. Ab diesem Zeitpunkt wird durch eine zehnjährige Rahmenfrist gewährleistet, daß auch bei mittelfristigen Unterbrechungen des Versicherungsschutzes (z. B. bei einem bis zu fünfjährigen Auslandsaufenthalt) ein anschließender Leistungsbezug möglich ist. Im übrigen werden Zeiten der freiwilligen Weiterversicherung bei Auslandsaufenthalt nach § 22 bei der Ermittlung der Vorversicherungszeit mit berücksichtigt. Dies gilt auch für Zeiten der pauschalierten Beitragszahlung für Rentenempfänger nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen. Auch von Geburt oder frühem Kindesalter an pflegebedürftige Kinder, die z. B. wegen einer schweren Behinderung erheblich mehr als die übliche Pflege eines Kindes benötigen, sind vom Versicherungsschutz erfaßt, wenn ein Elternteil die Vorversicherungszeit erfüllt (Satz 3).

Zu Absatz 3

Tritt Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ein, z. B. durch die Aufgabe einer selbständigen Tätigkeit und Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung, besteht nach § 23 die Möglichkeit, einen bestehenden Kranken- und Pflegeversicherungsvertrag zu kündigen. Um Nachteile des einzelnen im Hinblick auf die in der sozialen Pflegeversicherung vorgesehene Vorversicherungszeit zu vermeiden, ist vorgesehen, die Zeit in der ein privater Pflegeversicherungsvertrag ununterbrochen bestanden hat, auf die Vorversicherungszeit in der sozialen Pflegeversicherung anzurechnen. Entsprechend soll auch bei einem Wechsel von der sozialen zur privaten Pflegeversicherung die in der sozialen Pflegeversicherung zurückgelegte Vorversicherungszeit auf die im privaten Versicherungsvertrag vorgesehene Wartezeit angerechnet werden.

Zu § 30 — Ruhen der Leistungsansprüche

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt das Ruhen der Leistungen.

Zu Nummer 1

Der Anspruch auf Leistungen ruht, solange Versicherte sich im Ausland aufhalten. Ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein Leistungstransfer in das Ausland grundsätzlich nicht möglich. Eine Ausnahme ist nur gegeben, wenn über- und zwischenstaatliche Regelungen dies ausdrücklich vorsehen. Bei Aufenthalt in einem Vertragsstaat oder im EG-Ausland haben Versicherte gegenüber dem dortigen Sozialleistungsträger Anspruch auf die in dem jeweiligen Sozialleistungssystem vorgesehenen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit (sogenannte Sachleistungsaushilfe).

Auch das Pflegegeld (§ 33) wird nicht exportiert. Das Pflegegeld ist keine Geldleistung im eigentlichen Sinne. Vielmehr ist es zweckgebunden zur Sicherstellung der Pflege durch selbst beschaffte Pflege und ersetzt nur die eigentliche Leistung, nämlich die Sachleistung (sogenanntes Sachleistungssurrogat). Die Sicherstellung der Pflege durch den Pflegebedürftigen ist eine Voraussetzung des Bezugs von Pflegegeld. Wenn die häusliche Pflege nicht sichergestellt ist, was nur bei einer Pflege im Inland durch die Pflegekasse laufend kontrolliert werden kann, besteht nur der Anspruch auf die Sachleistung. Pflegebedürftigen, die diese Kontrolle unmöglich machen, z. B. durch Aufenthalt an einem unbekannten Ort oder durch Verweigerung des Zutritts in die Wohnung, kann das Pflegegeld verweigert werden.

Zu Nummer 2

Diese Regelung legt fest, daß Entschädigungsleistungen, die wegen Pflegebedürftigkeit gewährt werden, grundsätzlich Vorrang vor den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben. Leistungen nach diesem Gesetz werden daher von dem einzelnen nur beansprucht werden können, wenn und soweit er nicht entsprechende Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit

- nach dem Bundesversorgungsgesetz, z. B. Pflegezulage nach § 35 Abs. 1 BVG oder die Kostenübernahme bei stationärer Pflege nach § 35 Abs. 6 BVG, oder
- Pflegeleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung, z. B. Hauspflege, Anstaltspflege oder Pflegegeld, oder
- Leistungen aus der Unfallversorgung nach öffentlichem Dienstrecht, z. B. nach dem Beamten- oder Soldatenversorgungsgesetz oder nach dem Deutschen Richtergesetz,

erhält.

Nummer 2 gilt jedoch nicht für sogenannte Fürsorgeleistungen wie die Hilfe zur Pflege nach § 26c BVG, die im Rahmen der Kriegsopferfürsorge geleistet wird. Sie sind nachrangig, da sie nur bei Bedürftigkeit des Pflegebedürftigen und seiner nahen Angehörigen, das heißt nach einer Prüfung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse, gewährt werden.

In Fällen, in denen die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung an den Pflegebedürftigen bei häuslicher Pflege ruhen, bleibt der Rechtsanspruch der Pflegeperson auf die Entrichtung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung durch die Pflegekasse unberührt, da entsprechende Beitragsleistungen an die Rentenversicherung im Entschädigungsrecht nicht vorgesehen sind.

Zu Absatz 2

Bei Ansprüchen auf häusliche Krankenpflege, für die Dauer einer Krankenhausbehandlung oder einer stationären Rehabilitationsmaßnahme erhält der Pflegebedürftige Leistungen der Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Versorgung mit Pflegehilfsmitteln durch den jeweils zuständigen Leistungsträger. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung werden daher in diesen Fällen nicht benötigt.

Für Zeiten des Ruhens der Leistungen nach Absatz 1 Nr. 1 und Absatz 2 entrichtet die soziale Pflegeversicherung auch keine Beiträge zur Rentenversicherung der Pflegepersonen. Ein kurzfristiges Ruhen der Beitragszahlung führt aber zu keinen Lücken in der Alterssicherung der Pflegepersonen, da rentenrechtlich bereits für einen Beitragstag ein voller Monat gezählt wird (§ 122 Abs. 1 SGB VI).

Ein Ruhen der Leistungsansprüche führt nicht zu einem Ruhen der Beitragspflicht. Eine Ausnahme hierzu enthält § 54 Abs. 4 für Personen, die stationär gepflegt werden und nach § 35 Abs. 6 BVG leistungsberechtigt sind.

Die Ruhensvorschrift schließt nicht aus, daß einem Pflegebedürftigen, der sich noch im Krankenhaus befindet, bereits vor seiner Entlassung z. B. ein Pflegebett in der häuslichen Umgebung aufgestellt wird. Auch eine Teilnahme der künftigen Pflegeperson an einem Pflegekurs ist möglich.

Zu § 31 — Erlöschen der Leistungsansprüche

Diese Vorschrift regelt das Ende der Leistungsansprüche. Sie bestehen nur für die Dauer der Mitgliedschaft. Für den Fall des Todes eines Mitglieds ist ein nachgehender Versicherungsschutz für Pflegebedürftige, die als Angehörige eines Mitglieds beitragsfrei familienversichert waren, nicht vorgesehen. Dafür besteht kein Bedürfnis, weil bei Tod des Mitglieds für die Familienangehörigen entweder eine eigene Versicherungspflicht mit entsprechenden Leistungsansprüchen nach einem der in § 18 Abs. 1 genannten Versicherungspflichttatbestände oder ein Anspruch auf Weiterversicherung nach § 22 Abs. 1 einsetzt oder

beispielsweise bei Kindern über den anderen Elternteil eine Familienversicherung eintritt.

Zum Dritten Abschnitt — Leistungen

Zum Ersten Titel — Leistungen bei häuslicher Pflege

Zu § 32 — Pflegesachleistung

Die meisten Pflegebedürftigen empfinden es als wichtig, so lange wie möglich in vertrauter Umgebung gemeinsam mit den Angehörigen leben zu können. Die häusliche Pflege muß daher Vorrang vor einer stationären Unterbringung haben. Entsprechend diesem Ansatz bilden die Leistungen zur Verbesserung der Bedingungen der häuslichen Pflege den Schwerpunkt.

Zu Absatz 1

Mit der Pflegesachleistung wird dem einzelnen Pflegebedürftigen nicht nur die benötigte personelle Hilfe unmittelbar zur Verfügung gestellt, sie führt auch zu einer spürbaren Entlastung der Angehörigen, die die Pflege im häuslichen Bereich sicherstellen. Indem geeignete Pflegekräfte unterstützend im häuslichen Bereich tätig werden, kann auch rechtzeitig einer Überforderung der Pflegepersonen entgegengewirkt werden. Es dürfen nur Pflegekräfte einer zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtung in Anspruch genommen werden oder Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag geschlossen hat.

Zu Absatz 2

Bei den Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung, die von den Pflegekräften zu erbringen sind, handelt es sich im einzelnen um die in § 12 Abs. 4 aufgeführten Verrichtungen. Darüber hinausgehende Leistungen sind nicht zu erbringen. Die Pflege soll als aktivierende Pflege erbracht werden (vgl. Begründung zu § 24 Abs. 3).

Zu Absatz 3

Da mit zunehmendem Grad der Pflegebedürftigkeit auch der Umfang des Pflegebedarfs steigt, ist die Anzahl der möglichen Pflegeeinsätze nach dem Umfang der Pflegebedürftigkeit gestaffelt. Es wird nicht vorgeschrieben, wie der jeweilige Pflegeeinsatz auf die einzelnen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung aufzuteilen ist. Dies richtet sich vielmehr nach den konkreten Erfordernissen in der Versorgungssituation des einzelnen Pflegebedürftigen. Die Pflegeeinsätze können flexibel abgerufen werden. Für die Anzahl und den Gesamtwert der Pflegeeinsätze sind jedoch gesetzliche Obergrenzen festgelegt, um die Kostenbelastung der Pflegeversicherung in Grenzen zu halten. In der Regel werden

die ambulanten Leistungen zur Deckung des Pflegebedarfs ausreichen. Soweit höherer Pflegebedarf besteht, der von dem einzelnen nicht finanziert werden kann, sind die Aufwendungen hierfür von dem Sozialhilfeträger unter den Voraussetzungen der Regelungen des Bundessozialhilfegesetzes ergänzend zu übernehmen. Zudem bleibt bei pflegebedürftigen Behinderten der Anspruch auf die für sie sehr wesentliche Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz ungeschmälert erhalten. Im übrigen haben die Pflegebedürftigen ihre Versorgung durch familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung zu ergänzen (§ 4 Abs. 2). Die Grundsicherung im Rahmen dieses Gesetzes läßt Raum für eine zusätzliche private Absicherung.

Die Begrenzung auf 25, 50 und 75 Einsätze gilt unabhängig von der Dauer der jeweiligen Einsätze. Auch kurze Einsätze zählen voll, umgekehrt werden längere Einsätze auch nicht doppelt gezählt. Es werden nicht Einsatzstunden, sondern Einsätze gerechnet.

Fahrtkosten, die bei den Einsätzen notwendig werden, werden nicht gesondert erstattet.

Zu § 33 — Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

Zu Absatz 1

Pflegegeld wird gewährt, wenn der Pflegebedürftige in seiner häuslichen Umgebung oder in dem Haushalt einer Pflegeperson gepflegt wird. Die Pflege kann durch Angehörige, sonstige ehrenamtliche Pflegepersonen oder durch erwerbsmäßige Pflegekräfte erbracht werden. Im Interesse des Pflegebedürftigen wird jedoch gefordert, daß der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellen kann (Satz 2). Der Medizinische Dienst hat dies im Rahmen der Begutachtung nach § 16 im häuslichen Bereich des Pflegebedürftigen mit zu prüfen.

Die Geldleistung stärkt die Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen, der mit der Geldleistung seine Pflegehilfen selbst gestalten kann.

Die Höhe des Pflegegeldes ist abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit. Das Pflegegeld soll kein Entgelt für die von der Pflegeperson oder den Pflegepersonen erbrachten Pflegeleistungen darstellen. Es setzt vielmehr den Pflegebedürftigen in den Stand, Angehörigen und sonstigen Pflegepersonen eine materielle Anerkennung für die mit großem Einsatz und Opferbereitschaft im häuslichen Bereich sichergestellte Pflege zukommen zu lassen. Das Pflegegeld bietet somit einen Anreiz zur Erhaltung der Pflegebereitschaft der Angehörigen, Freunde oder Nachbarn. Die Geldleistung stellt ein Sachleistungssurrogat dar (s. o. zu § 30).

Häusliche Pflege wird nicht dadurch ausgeschlossen, daß der Pflegebedürftige in einem Altenwohnheim,

Altenheim, einem Wohnheim für Behinderte oder einer vergleichbaren Behinderteneinrichtung wohnt. Benötigt der Pflegebedürftige in einer solchen Einrichtung Pflegeleistungen, soll es ihm möglich sein, mit Hilfe des Pflegegeldes die Pflege selbst durch ehrenamtliche Pflegepersonen oder durch den Einkauf professioneller Hilfe sicherzustellen. Dabei ist es auch möglich, daß der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld Pflegeleistungen bezahlt, die von der Einrichtung selbst erbracht werden, sofern ein entsprechender Vertrag nach § 86 geschlossen wird. Er kann gegebenenfalls auch Sachleistungen nach § 32 durch zugelassene ambulante Pflegedienste in Anspruch nehmen. Leistungen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nach § 36 Abs. 4 können jedoch in diesen Fällen nicht beansprucht werden, denn eine pflege- und behindertengerechte Ausstattung dieser Einrichtungen ist nicht Aufgabe der Pflegeversicherung.

Der Anspruch auf häusliche Pflege ist jedoch ausgeschlossen, wenn es sich bei der Einrichtung, in der sich der Pflegebedürftige aufhält, um eine nach § 81 zugelassene Pflegeeinrichtung handelt. In diesem Fall ist nach dem 1. Januar 1996 ein Anspruch auf stationäre Pflege möglich.

Zu Absatz 2

Diese Vorschrift regelt die Möglichkeit der Kürzung des monatlichen Betrages des Pflegegeldes. Tritt Pflegebedürftigkeit im Laufe eines Monats ein, wird das Pflegegeld anteilig nach Tagen gezahlt. Gleiches gilt für die Dauer der Inanspruchnahme von häuslicher Krankenpflege oder wenn der Pflegebedürftige nicht in seiner häuslichen Umgebung gepflegt wird, weil er z. B. stationärer Pflege bedarf.

Zu Absatz 3

Pflegebedürftige, die allein die Pflegegeldleistung beziehen, werden mit dieser Regelung verpflichtet, je nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit einmal im Quartal bei Stufe I, einmal im Monat bei Stufe II und einmal in der Woche bei Stufe III einen Pflegeeinsatz einer zugelassenen Pflegeeinrichtung, z. B. einer Sozialstation, in Anspruch zu nehmen. Diese regelmäßige Einschaltung professioneller Pflegekräfte dient der Entlastung der pflegenden Familienangehörigen und sichert die Qualität der häuslichen Pflege. Defizite in der häuslichen Pflege können frühzeitig entdeckt und ihnen entgegengewirkt werden. Die Pflegefachkraft, die beispielsweise rechtzeitig eine gesundheitliche Überforderung der Pflegeperson bemerkt, kann durch Beratung und Hilfestellung, durch Hinweise auf Pflegekurse, Tagespflege usw. auf eine Entlastung der Pflegeperson hinwirken, damit die häusliche Pflege weiterhin ermöglichen und die Aufnahme des Pflegebedürftigen in einer stationären Einrichtung verhindern.

Der Pflegebedürftige hat den entsprechenden Pflegeeinsatz nachzuweisen, indem er der Pflegekasse eine Rechnung über die Kosten des Einsatzes vorlegt.

Kommt er seiner Nachweispflicht nicht nach, wird das Pflegegeld gekürzt. Auf den Nachweis hin erhält der Pflegebedürftige die Kosten des Einsatzes insoweit erstattet, als ihm wieder das volle Pflegegeld ausbezahlt wird.

Zu § 34 — Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)

Schöpft der Pflegebedürftige den ihm nach dem Grad seiner Pflegebedürftigkeit zustehenden Umfang der Sachleistung nicht aus, so hat er daneben Anspruch auf anteiliges Pflegegeld. Der Anteil berechnet sich nach dem Verhältnis zwischen dem jeweiligen Höchstbetrag der Sachleistung und dem tatsächlich in Anspruch genommenen Betrag. Entsprechend diesem Verhältnis ist das Pflegegeld anteilig auszuzahlen.

Beispiele:

1. Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe I nimmt Sachleistungen im Werte von 500 DM in Anspruch. Der ihm zustehende Höchstbetrag beläuft sich auf 750 DM, er hat somit die Sachleistungen zu rund 66. v. H. ausgeschöpft. Vom entsprechenden Pflegegeld steht ihm dann noch rund 33 v. H. (von 400 DM), also 133 DM zu.
2. Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II hat Sachleistungen in Höhe von 800 DM in Anspruch genommen, der Höchstbetrag beläuft sich auf 1 500 DM, er hat somit rund 53 v. H. der Sachleistung in Anspruch genommen, so daß ihm vom Pflegegeld noch rund 47 v. H. (von 800 DM), also 376 DM zustehen.
3. Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe III hat Sachleistungen im Werte von 1 680 DM in Anspruch genommen, der Höchstbetrag beläuft sich auf 2 100 DM, die Sachleistung wurde somit nur zu 80 v. H. in Anspruch genommen, so daß ihm noch 20 v. H. des entsprechenden Pflegegeldes (von 1 200 DM), also 240 DM zustehen.

Zu § 35 — Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Die Vorschrift trägt der Tatsache Rechnung, daß den Pflegepersonen bei der Pflege ein erhebliches Ausmaß an psychischen und physischen Anstrengungen abverlangt wird und viele Pflegepersonen oft selbst schon im fortgeschrittenen Alter und nicht mehr gesund sind. Erkrankt die Pflegeperson oder fährt sie in Erholungsurlaub, gerade auch um neue Kräfte für die Fortsetzung der Pflegetätigkeit zu sammeln, soll dies nicht dazu führen, daß der Pflegebedürftige in stationäre Pflege überwechseln muß. Gleiches gilt bei anderen wichtigen Gründen wie Erkrankung von nahen Angehörigen der Pflegeperson. In diesen Fällen hat der Pflegebedürftige für die Dauer von bis zu vier Wochen je Kalenderjahr Anspruch auf eine Pflegevertretung, für die die Aufwendungen der Pflegekasse auf 2 100 DM im Kalenderjahr begrenzt sind.

Nach Satz 2 wird für den Anspruch auf eine Pflegevertretung vorausgesetzt, daß die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor ihrer Verhinderung bereits 1 Jahr lang in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Es ist allerdings nicht erforderlich, daß die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor jeder neuen Unterbrechung der Pflegetätigkeit wiederum 12 Monate gepflegt haben muß.

Zu § 36 — Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt die Versorgung Pflegebedürftiger mit Pflegehilfsmitteln. Diese Hilfsmittelversorgung fällt jedoch nur in die Zuständigkeit der Pflegekassen, soweit diese Leistungen nicht bereits als Leistungen bei Krankheit oder Behinderung von den Krankenkassen oder anderen Leistungsträgern zu gewähren sind. Ob die Versorgung mit Hilfsmitteln notwendig ist, überprüft die Pflegekasse in Zusammenarbeit mit einer Pflegefachkraft oder dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Zu den Hilfsmitteln gehören die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel (z. B. Desinfektionsmittel, Unterlagen) und technische Hilfsmittel (z. B. Pflegebetten, Hausnotrufanlagen). Mittel, die zum täglichen Lebensbedarf gehören, werden nicht berücksichtigt, auch wenn sie die Pflege erleichtern.

Eine ärztliche Verordnung der Hilfsmittel ist nicht vorgesehen.

Zu Absatz 2

Um die Kostenbelastung der Pflegeversicherung bei den zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln zu begrenzen und im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 25, sind die Aufwendungen für diese Hilfsmittel pauschaliert. Pflegekasse, Leistungserbringer und Pflegebedürftige sind dadurch gehalten, alle in Frage kommenden Einsparmöglichkeiten (Direktbezug vom Hersteller, Aushandlung von Rabatten usw.) zu nutzen.

Zu Absatz 3

Technische Hilfsmittel sind häufig teuer, zeigen aber oft auch bei längerem Gebrauch kaum Abnutzungserscheinungen. Zur Kostenverringerung sollen sie deshalb, soweit dies möglich ist, den Pflegebedürftigen leihweise überlassen werden. Die Hilfsmittel erfüllen ihren Zweck nur, wenn die Pflegebedürftigen und ihre Pflegepersonen sie bestimmungsgemäß gebrauchen können. Hierfür bedarf es der Anleitung durch fachkundiges Personal, das darüber hinaus die Hilfsmittel, bei denen es nötig ist, den Pflegebedürftigen auch anpassen muß. Aus diesem Grunde kann die Pflegekasse die Hilfsmittelbewilligung von der Bereitschaft der Pflegebedürftigen und ihrer Pflegeperso-

nen, dabei mitzuwirken, abhängig machen. Zum Anspruch auf Hilfsmittelversorgung gehört neben der Anpassung der Hilfsmittel an bestimmte Erfordernisse des Pflegebedürftigen, der Pflegepersonen oder der häuslichen Umgebung auch die Instandsetzung und der Ersatz.

Um auch den Versicherten einen Anreiz zu geben, auf größtmögliche Wirtschaftlichkeit bei der Versorgung mit Hilfsmittel zu achten, wird eine Beteiligung des Versicherten an den Aufwendungen für das benötigte Hilfsmittel in Höhe von 10 v. H. vorgesehen. Eine Härtefallregelung ist nicht erforderlich, weil der Höchstbetrag der Eigenbeteiligung auf 50 DM begrenzt ist und die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel von der Eigenbeteiligung ausgenommen sind.

Zu Absatz 4

Diese Ermessensvorschrift räumt den Pflegekassen die Möglichkeit ein, Zuschüsse bis zu einem Betrag von 5 000 DM je Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes zu gewähren. Es handelt sich hierbei um technische Hilfen im Haushalt, aber auch um Umbaumaßnahmen, z. B. die Verbreiterung von Türen, den Einbau einer Dusche oder eines Treppenliftes. Auch einfache technische Hilfen wie Haltegriffe oder mit dem Rollstuhl unterfahrbare Einrichtungsgegenstände können bezuschußt werden.

Voraussetzung ist, daß dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege überhaupt erst ermöglicht oder erheblich erleichtert wird oder ein Verbleiben des Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung und damit eine möglichst selbständige Lebensführung sichergestellt werden kann.

Die behindertengerechte Umgestaltung der Wohnung des Pflegebedürftigen ist dabei insgesamt als Verbesserungsmaßnahme zu werten und nicht in Einzelschritte aufzuteilen. So stellt nicht jede einzelne Verbreiterung einer Tür eine Maßnahme im Sinne dieser Vorschrift dar, sondern die Türverbreiterungen und die Entfernung von Türschwellen insgesamt, die notwendig sind, um die Wohnung beispielsweise mit dem Rollstuhl befahrbar zu machen.

Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach den Kosten der jeweiligen Verbesserungsmaßnahme und der Einkommenssituation des Pflegebedürftigen. Dabei ist aus Steuerungsgründen ein die Einkommenssituation berücksichtigender Eigenanteil des Versicherten vorzusehen. Um eine einheitliche Entscheidungspraxis der Pflegekassen zu gewährleisten, werden von den Spitzenverbänden Richtlinien vereinbart (§ 87 Abs. 2 Satz 1).

Zur bundesweiten Vereinheitlichung der Hilfsmittelversorgung nach dieser Vorschrift erstellen die Spitzenverbände ein Pflegehilfsmittelverzeichnis und schließen über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln Verträge mit den Leistungserbringern ab (§ 87).

Zu Absatz 5

Absatz 5 enthält eine Ermächtigung für das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, im Verordnungswege eine Liste der von der sozialen Pflegeversicherung zu gewährenden Hilfsmittel aufzustellen.

Zum Zweiten Titel — Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

Zu § 37 — Tagespflege und Nachtpflege

Um die Pflegebereitschaft und die Pflegefähigkeit im häuslichen Bereich zu erhalten und zu fördern, ist es notwendig, Hilfen auch für die Fälle vorzusehen, in denen die häusliche Pflege nicht oder nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann.

Häusliche Pflege kann nur dann Vorrang vor stationärer Pflege haben, wenn für Pflegebedürftige und ihre Pflegepersonen Leistungen angeboten werden, die sie beispielsweise in Krisensituationen entlasten und ihnen andere Auswege als die vollstationäre Pflege aufzeigen. Durch den Ausbau der Tagespflege kann zudem erreicht werden, daß rehabilitative Möglichkeiten voll ausgenutzt werden.

Zu Absatz 1

Bei kurzfristiger Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit besteht Anspruch auf Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung, um Pflegepersonen eine (Teil-) Erwerbstätigkeit zu ermöglichen oder sie im Laufe des Tages oder der Nacht zumindest teilweise zu entlasten, aber auch wenn Pflegebedürftige nur einige Stunden am Tag der ständigen Beaufsichtigung bedürfen. In diesem Zusammenhang sind auch in stärkerem Umfang als in häuslicher Umgebung Maßnahmen zur Rehabilitation möglich, z. B. durch Angebote im Rahmen von ergotherapeutischen und physiotherapeutischen Maßnahmen.

Die teilstationären Einrichtungen müssen die tägliche Hin- und Rückfahrt des Pflegebedürftigen organisatorisch sicherstellen, soweit die Beförderung nicht von Angehörigen durchgeführt werden kann. Die Pflegekassen übernehmen die Aufwendungen für die Fahrdienste der Einrichtungen im Rahmen der nach Absatz 2 geltenden Wertgrenzen. Es ist nicht vorgesehen, daß die Pflegekassen neben den Pflegesätzen zusätzlich mit selbständig tätigen Fahrdiensten Beförderungskosten abrechnen.

Zu Absatz 2 und 3

Die Leistungshöhe ist nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit entsprechend der Pflegesachleistung (§ 32) gestaffelt. Die Leistungen im Rahmen der Tages- und Nachtpflege sind auch neben der

Pflegesachleistung und dem Pflegegeld möglich, wenn der für die jeweilige Pflegestufe vorgesehene Höchstwert nach Absatz 2 nicht ausgeschöpft wird. Die Höhe des anteiligen Pflegegeldes wird wie das anteilige Pflegegeld bei der Kombinationsleistung nach § 34 berechnet. Pflegesachleistungen und teilstationäre Leistungen sind nebeneinander möglich, soweit insgesamt der Wert der in Anspruch genommenen Leistungen je Kalendermonat den in § 32 Abs. 3 für die jeweilige Stufe der Pflegebedürftigkeit vorgesehenen Höchstwert für die Pflegesachleistung nicht übersteigt.

Zu § 38 — Kurzzeitpflege

Die Vorschrift will die Angehörigen, Nachbarn und sonstigen Pflegepersonen, die die häusliche Pflege sicherstellen, entlasten und verhindern, daß der Pflegebedürftige bei Ausfall der Pflegeperson auf Dauer in vollstationäre Pflege überwechseln muß.

Diese Regelung trägt dem Grundsatz des Vorrangs häuslicher Pflege Rechnung.

Zu Absatz 1

In Fällen, in denen weder häusliche Pflege noch teilstationäre Pflege möglich ist, hat der Pflegebedürftige Anspruch auf Kurzzeitpflege. Er wird für einen begrenzten Zeitraum in eine vollstationäre Einrichtung aufgenommen und dort gepflegt. In Betracht kommt die Kurzzeitpflege für eine Übergangszeit nach stationärer Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung, wenn etwa für die häusliche Pflege in der Wohnung des Pflegebedürftigen noch Umbaumaßnahmen erforderlich sind oder die Pflegeperson die Pflege noch nicht sofort übernehmen kann. Sie ist ebenfalls möglich für Zeiten der Krankheit, des Urlaubs oder einer sonstigen Verhinderung der Pflegeperson, die nicht mit Leistungen nach § 35 überbrückt werden können, oder in Krisenzeiten, z. B. bei völligem Ausfall der bisherigen Pflegeperson oder kurzfristiger erheblicher Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit. Kurzzeitpflege soll auf aktivierende Pflege ausgerichtet sein.

Zu Absatz 2

Der Anspruch ist auf vier Wochen je Kalenderjahr, die Höhe des Anspruchs auf 2 100 DM begrenzt.

Zum Dritten Titel — Vollstationäre Pflege

Zu § 39 — Inhalt der Leistung

Zu Absatz 1

In dieser Vorschrift wird nochmals der Vorrang häuslicher oder teilstationärer Pflege vor vollstationärer

Pflege betont. Dies wird zum einen daran deutlich, daß die Leistungen bei stationärer Pflege erst zwei Jahre nach den Leistungen bei ambulanter Pflege eingeführt werden, zum anderen daran, daß Anspruch auf diese Leistungen nur besteht, wenn ambulante oder teilstationäre Pflege etwa wegen des Umfangs der Pflegebedürftigkeit nicht möglich sind oder wegen fehlender Bereitschaft möglicher Pflegepersonen nicht in Betracht kommen. Ein Fall, in dem trotz grundsätzlich möglicher häuslicher Pflege ein Anspruch auf vollstationäre Pflege in Betracht kommt, ist gegeben, wenn die gezielte Förderung eines Behinderten eine Eingliederungsmaßnahme in einer stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz erforderlich macht. Die Pflegekasse prüft die Voraussetzungen mit Hilfe des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der Angaben des Pflegebedürftigen und seiner Pflegeperson.

Zu Absatz 2

Die derzeitigen Heimkosten für Pflegebedürftige liegen bei 2 500 DM bis 5 000 DM pro Monat. Hierin sind allerdings Kosten für Unterkunft und Verpflegung und gegebenenfalls Zusatzleistungen enthalten. Die Pflegekasse übernimmt diese Anteile in den Pflegesätzen nicht, sondern trägt nur den pflegebedingten Aufwand für die im Einzelfall erforderlichen Leistungen der Grundpflege, der aktivierenden Pflege und für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, soweit letztere nicht von den Krankenkassen oder anderen Leistungsträgern zu tragen sind. Mit einem Höchstbetrag von 2 100 DM — bezogen auf das Jahr 1991 — sind diese Kosten abzudecken. Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Zusatzleistungen hat der Pflegebedürftige selbst zu tragen. Im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel nehmen die Pflegekassen auf die Entgelte für die pflegebedingten Leistungen sowie für Unterbringung und Verpflegung Einfluß.

Zu Absatz 3

Ist eine vollstationäre Unterbringung nach Feststellung der Pflegekasse zwar nicht erforderlich, wird sie aber vom Pflegebedürftigen gewünscht, so soll diesem Wunsch entsprochen werden. In diesen Fällen ist jedoch der Leistungsanspruch auf 80 v. H. des Gesamtwertes der ambulanten Sachleistungen für die jeweilige Pflegestufe begrenzt. Hierdurch soll vermieden werden, daß Pflegebedürftige, die keiner vollstationären Pflege bedürfen, entgegen dem Vorrang der häuslichen Pflege in vollstationäre Pflege abgeschoben und damit gleichzeitig auch noch Mehraufwendungen für die Pflegeversicherung verursacht werden.

Zum Vierten Abschnitt — Leistungen für Pflegepersonen

Zu § 40 — Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

Zu Absatz 1

Diese Vorschrift stellt eine Einweisungsvorschrift dar; sie gibt Hinweise, in welchen Bereichen des Sozialgesetzbuches Vorschriften zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen einzufügen oder zu ändern sind.

1. Im Vordergrund steht die Altersversorgung der Pflegepersonen, die bei Aufnahme der Pflege Tätigkeit ihre eigene Erwerbstätigkeit ganz oder teilweise aufgeben oder die wegen der Pflege eine Erwerbstätigkeit nicht aufnehmen. Beitragszahlungen für die Pflege Tätigkeit sind nicht vorgesehen, wenn die Pflegeperson im Durchschnitt mehr als 20 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Hierfür sind Regelungen im Sechsten Buch notwendig, die Rentenversicherungsansprüche der Pflegepersonen für die Zeit der Pflege Tätigkeit vorsehen (Artikel 5).
2. Weiter ist ein Unfallversicherungsschutz der Pflegepersonen für die Pflege Tätigkeit in der gesetzlichen Unfallversicherung vorgesehen, der eine Ergänzung der entsprechenden Regelungen der Reichsversicherungsordnung erforderlich macht (Artikel 6).
3. Nach Beendigung der Pflege Tätigkeit im häuslichen Bereich müssen Pflegepersonen verbesserte Möglichkeiten zur Rückkehr ins Erwerbsleben eingeräumt werden. Pflegepersonen sind in aller Regel Frauen, die auf dem Arbeitsmarkt ohnehin schon benachteiligt sind. Am Ende der Pflege Tätigkeit stehen diese Pflegepersonen nach einer erheblichen Zeit ohne Erwerbstätigkeit häufig ohne Ausbildung da, so daß Rückkehrhilfen durch Ergänzung des Arbeitsförderungsgesetzes erforderlich sind (Artikel 7).

Zu Absatz 2

Die Pflegekassen sowie die privaten Pflegeversicherungsunternehmen stellen auf Antrag (§ 29) fest, für welche Pflegepersonen die Voraussetzungen zur Absicherung in der Renten- und Unfallversicherung vorliegen und melden diese Personen an die zuständigen Versicherungsträger. Nicht gemeldete Pflegepersonen erhalten auch dann keinen Schutz durch die gesetzliche Unfallversicherung, wenn sie bei der Pflege einen Unfall erleiden. Die Beteiligten am Meldeverfahren können Näheres zur verwaltungsmäßigen Abwicklung regeln.

Zu § 41 — Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Zu Absatz 1

Die Vorschrift verpflichtet die Pflegekassen für ehrenamtlich Pflegende, und zwar nicht nur für Pflegepersonen im engen Sinne des § 17, Kurse anzubieten, um die häusliche Pflege zu erleichtern und zu verbessern. In diesen Kursen sollen Kenntnisse vermittelt oder vertieft werden, die zur Pflege Tätigkeit in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen notwendig oder hilfreich sind. Auch die Unterstützung bei seelischen und körperlichen Belastungen, der Abbau von Versagensängsten, der Erfahrungsaustausch der Pflegepersonen untereinander, die Beratung über Hilfsmittel, Rehabilitationsmaßnahmen und die „Anwerbung“ neuer ehrenamtlicher Pflegepersonen können Gegenstand der Kurse sein. Die Schulung kann in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden, wenn dies z. B. für die Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln oder für bestimmte Pflege Tätigkeiten im Einzelfall notwendig ist.

Zu Absatz 2

Die Pflegekasse kann die Kurse selbst oder in Zusammenarbeit mit anderen Pflegekassen durchführen oder andere Einrichtungen wie Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, Volkshochschulen, Nachbarschaftshilfegruppen oder Bildungsvereine damit beauftragen.

Zu Absatz 3

Die Landesverbände der Pflegekassen (§ 50) können mit den beteiligten Einrichtungen Rahmenvereinbarungen schließen. Dies ist erforderlich, um die Angebote sowohl inhaltlich als auch organisatorisch zu koordinieren und ein möglichst breit gefächertes Spektrum flächendeckender Kurse zu erreichen.

Zum Fünften Kapitel — Organisation

Allgemeines

In diesem Kapitel werden die Organisation der Pflegeversicherung, das Mitgliedschafts- und Melderecht sowie die Aufgaben auf Landes- und Bundesebene geregelt.

Im Ersten Abschnitt wird bestimmt, daß bei jeder Krankenkasse eine Pflegekasse errichtet wird. Besonderheiten gelten für den Bereich der Seekasse und der Bundesknappschaft. Die Pflegekassen sind öffentlichrechtliche Körperschaften. Ihre Aufgaben werden von den Krankenkassen durchgeführt. Den Krankenkassen werden die damit verbundenen Verwaltungskosten pauschal erstattet. Näheres über die Erstattung der Verwaltungskosten regelt das Bundesministerium

für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung.

Der Zweite Abschnitt regelt die Zuständigkeit der Pflegekassen und die Mitgliedschaft. Für Mitglieder einer Krankenkasse ist grundsätzlich die bei dieser Krankenkasse errichtete Pflegekasse zuständig.

Der Dritte Abschnitt enthält Regelungen über Meldungen und Auskunftspflichten der Versicherten. Zudem werden den privaten Krankenversicherungsunternehmen Meldepflichten auferlegt, damit Personen, die privat gegen Krankheit versichert sind, jedoch keine private Pflegeversicherung abgeschlossen haben, ermittelt werden können.

Im übrigen schließt bei den in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten die Anmeldung zur Krankenkasse die Anmeldung zur Pflegeversicherung mit ein.

Der Vierte Abschnitt bestimmt, daß in der Pflegeversicherung die Aufgaben auf Landes- und Bundesebene durch die Landes-, Bundes- und Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen wahrgenommen werden.

Zu den Einzelvorschriften

Zum Ersten Abschnitt — Träger der Pflegeversicherung

Zu § 42 — Pflegekassen

Die Pflegekassen werden als rechtlich selbständige Körperschaften des öffentlichen Rechts unter dem Dach der Krankenkassen errichtet.

Die Selbständigkeit der Pflegekassen umfaßt insbesondere folgende Elemente:

- Die Pflegekassen sind selbst Träger von Rechten und Pflichten (Rechtsfähigkeit).
- Sie treten nach außen unter eigenem Namen und in eigener Verantwortung auf.
- Sie haben eine eigene Satzung.
- Sie haben eine gesonderte Haushaltsführung und Rechnungsprüfung und sind damit finanziell selbständig und unabhängig, auch gegenüber der Krankenkasse.
- Sie legen eigene Geschäftsübersichten und Statistiken vor.
- Grundsätzlich erfolgt eine getrennte Verarbeitung personenbezogener Daten.

Die organisatorische Anbindung der Pflegekassen unter dem Dach der Krankenkassen vollzieht sich insbesondere in folgenden Bereichen:

- Die Organe der Krankenkasse sind gleichzeitig die Organe der Pflegekasse.
- Die Pflegekassen haben kein eigenes Verwaltungspersonal und keinen gesonderten Medizinischen Dienst.

- Sie haben kein eigenes Verwaltungsvermögen.
- Die Pflegekassen haben keine eigenen Landes-, Bundes- und Spitzenverbände. Die Aufgaben auf Landesebene werden vielmehr von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen und auf Bundesebene jeweils von den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Ersatzkassen sowie von den Spitzenverbänden der Krankenkassen wahrgenommen.
- Krankenkassen und Pflegekassen gehören zusammen, sie können nur gemeinsam gegründet, aufgelöst, geschlossen oder mit anderen Kranken- und Pflegekassen vereinigt werden.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift bestimmt, daß die Pflegeversicherung eigene Träger in Gestalt der Pflegekassen hat.

Bei jeder Allgemeinen Ortskrankenkasse, Betriebskrankenkasse, Innungskrankenkasse, bei der See-Krankenkasse, den landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Bundesknappschaft als Träger der knappschaftlichen Krankenversicherung sowie bei jeder Ersatzkasse wird eine Pflegekasse errichtet.

Aus Absatz 1 ergibt sich der gesetzliche Auftrag an jede einzelne Krankenkasse, unter ihrem Dach die kraft Gesetzes errichteten Pflegekassen unverzüglich durch flankierende organisatorische Maßnahmen entstehen zu lassen. Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihre räumliche, sächliche und personelle Infrastruktur den Pflegekassen zur Verfügung zu stellen. Die Geschäftsstellen der Krankenkassen sind für die Aufgaben der Pflegekassen im notwendigen Umfang räumlich, sächlich und personell, gegebenenfalls durch Einstellung neuen Verwaltungspersonals bei der Krankenkasse, auszustatten. Für die Seekasse und die Bundesknappschaft gelten in Anlehnung an das Krankenversicherungsrecht besondere Regelungen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift bestimmt, daß die bei den Krankenkassen errichteten Pflegekassen juristische Personen des öffentlichen Rechts und damit selbst Träger von Rechten und Pflichten sind.

Die Organe der Krankenkassen sollen gleichzeitig Organe der Pflegekassen sein (Organleihe). Nur einheitliche Organe ermöglichen ein einheitliches Vorgehen der Krankenkasse und der Pflegekasse und ein reibungsloses Verzählen beider Versicherungsbereiche. Gemeinsame Ziele, wie der Abbau von Fehlbelegungen in Krankenhäusern, können nur gemeinsam verfolgt werden. Zudem gibt es Entscheidungen, die nur gleichzeitig und einheitlich für die Kranken- und die Pflegekasse getroffen werden können, z. B. die freiwillige Vereinigung mit einer anderen Kranken- und Pflegekasse.

Satz 3 sieht vor, daß die Pflegekassen kein eigenes Verwaltungspersonal haben, sie nutzen vielmehr das bei der Krankenkasse vorhandene — gegebenenfalls wegen Einführung der Pflegeversicherung vermehrte — Personal. Dies gilt auch für die bei Betriebskrankenkassen errichteten Pflegekassen, bei denen der Arbeitgeber die Personalkosten trägt.

Die Pflegekassen können ausnahmsweise eigenes Personal zur Erbringung der im Vierten Kapitel geregelten Leistungen einstellen, insbesondere Lehrpersonal für die Durchführung von Pflegekursen (§ 41) und Personal zur Erbringung von Pflegeleistungen im Rahmen des Sicherstellungsauftrages (§ 78).

Es bleibt der Organisationsgewalt der Krankenkasse überlassen, ob sie die einzelnen Mitarbeiter sowohl für den Bereich der Pflegeversicherung als auch für den der Krankenversicherung einsetzt oder ob sie ihr Personal in zwei Zuständigkeitsbereiche aufteilt. Es sollten grundsätzlich einheitliche Geschäftsstellen angestrebt werden.

Zu Absatz 3

Die Krankenkassen stellen ihre räumliche, sächliche und personelle Infrastruktur für Aufgaben der Pflegekassen zur Verfügung und finanzieren diese Infrastruktur. Die ihnen dadurch entstehenden Kosten werden ihnen von den Pflegekassen erstattet.

Um Unwirtschaftlichkeit entgegenzuwirken, ist festgelegt, daß die einzelne Pflegekasse Verwaltungskosten in Höhe von 4 v. H. ihrer Leistungsaufwendungen der Krankenkasse erstattet und diese in dem kassenartenübergreifenden Finanzausgleich geltend machen kann. Darüber hinaus tragen die Pflegekassen die Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes.

Personal, das nicht für Verwaltungsarbeiten der Pflegekassen benötigt wird, sondern für die Erbringung von Leistungen im Rahmen des Leistungsrechts (z. B. Lehrkräfte für Pflegekurse), wird nicht über die Verwaltungskostenpauschale finanziert.

Bei Betriebskrankenkassen ist der Arbeitgeber zur Tragung der Personalkosten der Krankenkasse verpflichtet (§ 147 Abs. 2 SGB V). Für die Fälle, in denen der Arbeitgeber die Personalkosten übernimmt, wird vorgesehen, daß die Betriebskrankenkasse die personellen Verwaltungskosten, die ihr von der Pflegekasse in dem nach diesem Buch zulässigen Umfang erstattet werden, an den Arbeitgeber abzuführen hat.

Der Gesetzgeber erteilt in Satz 4 den Auftrag, den Verwaltungsaufwand nach dem 31. Dezember 1996 zu überprüfen und gegebenenfalls durch Verordnung die Höhe der Verwaltungskostenerstattung neu festzulegen (siehe Absatz 4).

Über die Regelung des Absatzes 3 hinaus werden den Verbänden der Krankenkassen keine Verwaltungskosten erstattet. Es ist auch nicht vorgesehen, daß die Pflegekassen dem Bundesversicherungsamt für die Durchführung des Finanzausgleiches und die Verwal-

tung des Ausgleichsfonds Verwaltungskosten erstatten.

Zu Absatz 4

Absatz 4 ermächtigt das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und mit Zustimmung des Bundesrates Näheres über die Erstattung der Verwaltungskosten durch Rechtsverordnung zu regeln. Dazu zählen Verfahrensfragen wie Zeitpunkt und Häufigkeit der Erstattungen, Nachweise und Kontrollen. Die Höhe der Verwaltungskostenerstattung ist entsprechend dem Ergebnis der Überprüfung nach Absatz 3 neu festzusetzen.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift ergänzt die Zielsetzung von Absatz 1 Satz 2. Pflegekassen und Krankenkassen sollen immer unter einem Dach bleiben und daher auch bei Vereinigung, Auflösung und Schließung einheitlich behandelt werden.

Zu Absatz 6

Die Vorschrift stellt sicher, daß für die einzelne Pflegekasse und die Krankenkasse nicht verschiedene Aufsichtsbehörden zuständig sind. Die Regelungen hinsichtlich der Prüfung der Pflegekassen entsprechen weitgehend § 274 Abs. 1 SGB V. Von einer Kostenerstattung an die prüfenden Stellen (vgl. § 274 Abs. 2 SGB V) wird abgesehen.

Zu § 43 — Satzung

Zu Absatz 1

Die Vorschrift bestimmt, daß die Pflegekassen sich Satzungen geben müssen. Sie werden von den Vertreterversammlungen der Krankenkassen beschlossen (§ 33 Abs. 1 SGB IV).

Absatz 1 Nr. 1 bis 9 regelt die obligatorischen Inhalte der Satzungen der Pflegekassen. Satzungsmäßige Mehrleistungen sind im Hinblick auf den Finanzausgleich und wegen der Gleichbehandlung aller Versicherten anders als bei den Krankenkassen nicht vorgesehen.

Zu Absatz 2

Die Satzungen und ihre Änderungen müssen, um wirksam zu werden, von der zuständigen Behörde genehmigt werden. Dies ist bei Pflegekassen, deren Zuständigkeitsbereich sich über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt (bundesunmittelbare Pflegekassen) das Bundesversicherungsamt, bei anderen Pflegekassen die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde der Länder oder die

von der Landesregierung durch Rechtsverordnung bestimmte Behörde (§ 90 SGB IV).

Zum Zweiten Abschnitt — Zuständigkeit, Mitgliedschaft

Zu § 44 — Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse

Die einheitliche Zuständigkeit für die Kranken- und Pflegeversicherung bedeutet, daß die Pflegekasse jeweils den Versichertenbestand der Krankenkasse übernimmt, bei der sie errichtet ist, unabhängig davon, ob es sich um Mitglieder oder Familienversicherte, um freiwillige oder Pflichtmitglieder handelt.

Die einheitliche Zuständigkeit für die Kranken- und Pflegeversicherung ist nicht nur aus verwaltungsökonomischen Gründen sinnvoll, sondern auch unter dem Gesichtspunkt der Verzahnung von medizinischer Behandlung, Rehabilitation, Prävention und Pflege geboten. Zuständigkeitsstreitigkeiten zwischen Kranken- und Pflegeversicherung auf dem Rücken der Pflegebedürftigen oder Behandlungsbedürftigen werden bei einheitlicher Zuständigkeit vermieden. Zudem können auch kostenintensive und damit zu Lasten der Beitragszahler gehende Fehlbelegungen in Krankenhäusern vermieden werden.

Diejenigen, die von ihrem Wahlrecht in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch gemacht haben, werden bei der Pflegekasse Mitglied, die der gewählten Krankenkasse angegliedert ist.

Im Falle einer Weiterversicherung nach § 22 bleibt die Pflegekasse zuständig, bei der zuletzt die Mitgliedschaft bestand.

Zuständig für die Familienversicherten ist immer die Pflegekasse des Mitglieds. Wird ein Wahlrecht ausgeübt, wird für die Familienversicherten die von dem Mitglied gewählte Pflegekasse zuständig.

Zu § 45 — Mitgliedschaft

Die Vorschrift verbindet Beginn und Ende der Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung mit dem Beginn und Ende der Mitgliedschaft bei der gesetzlichen Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist. Die Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung wird kraft Gesetzes begründet und besteht unabhängig von der Anmeldung und namentlichen Erfassung der Mitglieder bei der Pflegekasse sowie der Erfüllung der Beitragspflichten. Die Mitgliedschaft mit eigener Beitragspflicht endet zudem in den Fällen, in denen die Voraussetzungen für eine beitragsfreie Familienversicherung (§ 21) bei dem Mitglied eintreten.

Zum Dritten Abschnitt — Meldungen

Zu § 46 — Melde- und Auskunftspflichten

Die Vorschrift dient ebenso wie § 47 dieses Buches dazu, möglichst alle kraft Gesetzes Versicherten zu erfassen und damit sicherzustellen, daß der einzelne die Pflicht zur Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung auch tatsächlich erfüllt.

Zu Absatz 1

Grundsätzlich wird allen in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtigen Mitgliedern auferlegt, daß sie sich unmittelbar nach Eintritt des die Versicherungspflicht auslösenden Tatbestandes bei der zuständigen Pflegekasse anzumelden haben. Von dieser Meldepflicht wird abgesehen, wenn bereits eine Meldung durch einen Dritten zur gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben wurde, wie z. B. durch den Arbeitgeber oder durch die Zahlstellen von Versorgungsbezügen oder durch den Rehabilitationsträger oder durch sonstige Stellen, die Erwerbsersatz-einkommen an die Versicherten auszahlen. In diesen Fällen gilt die Meldung zur Krankenkasse auch als Meldung zur Pflegekasse. Aufgrund der in der Sozialversicherung bereits bestehenden Meldepflichten ist es möglich, bei der Abwicklung des Meldeverfahrens in der sozialen Pflegeversicherung auf bestehende Regelungen unmittelbar zurückzugreifen. Auf diese Weise wird erheblicher Verwaltungsaufwand erspart, der die zur Meldung Verpflichteten und die Pflegekassen unnötig belasten würde.

Bei Personen, die aufgrund ihrer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ebenfalls zum versicherungspflichtigen Personenkreis der sozialen Pflegeversicherung gehören, wird auf eine zusätzliche Eigenmeldung verzichtet, da der Krankenkasse bereits die Beitrittserklärung vorliegt. In diesen Fällen leitet die Krankenkasse die sich aus der Beitrittserklärung ergebenden, für die Durchführung einer Pflegeversicherung relevanten Daten an die bei ihr errichtete Pflegekasse weiter.

Zu Absatz 2 und 3

Die Vorschriften entsprechen den Regelungen in § 206 Abs. 1 und 2 SGB V. Die Verletzung der Auskunfts- und sonstigen Mitwirkungspflichten stellt nach § 121 eine Ordnungswidrigkeit dar.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift schreibt einen Datenaustausch von den Krankenkassen zu den Pflegekassen vor. Er stellt sicher, daß in den Fällen, in denen die Krankenkasse anstelle der Pflegekasse Adressat von Meldungen, Mitteilungen, Auskünften und vorgelegten Nachweisen ist, die Informationen an die Pflegekasse weiter-

geleitet werden, soweit sie für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekasse erforderlich sind.

**Zu § 47 — Meldungen bei Mitgliedern
der privaten Pflegeversicherung**

Um sicherzustellen, daß die privat Krankenversicherten auch tatsächlich dauerhaft ihre Pflicht zur Absicherung des Pflegefallrisikos bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen erfüllen, werden den privaten Krankenversicherungsunternehmen Kontroll- und Meldepflichten auferlegt.

Die privaten Krankenversicherer müssen alle Versicherungsnehmer bei Inkrafttreten des Gesetzes sowie in der Folgezeit alle neuen Krankenversicherten an den Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen melden, sofern diese keinen privaten Pflegeversicherungsvertrag abgeschlossen haben. Die Meldepflicht bezieht sich nicht auf diejenigen, die nur eine Zusatzversicherung oder nur eine Reise- oder Auslandsrankenversicherung abgeschlossen haben.

Der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen meldet die Versicherungsnehmer, die ihre Vorsorgepflicht gegen das Pflegefallrisiko nicht erfüllt haben, dem Bundesversicherungsamt, das im Einzelfall das Bußgeldverfahren einleiten kann.

Das Bundesversicherungsamt kann mit dem Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen Vereinbarungen über das Meldeverfahren treffen, damit ein reibungsloser Verfahrensablauf gewährleistet ist.

Zu § 48 —

unbelegt

**Zum Vierten Abschnitt — Wahrnehmung der
Verbandsaufgaben**

Zu § 49 — Aufgaben auf Landesebene

Zu Absatz 1

Die §§ 49 und 50 regeln die Organisation der Verbandsebene der Pflegekassen. Ebenso wie die einzelnen Pflegekassen keine eigenen Organe erhalten, so werden auch auf Verbandsebene keine neuen Verwaltungsinstitutionen geschaffen. Die Pflegekassen erhalten keine eigenen rechtsfähigen Verbände, sondern befinden sich auf Verbandsebene ganz unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Verbände der Krankenkassen nehmen die Aufgaben der Verbandsebene der Pflegeversicherung wahr. Da das Gesetz auf Verbandsebene keine von den Krankenversicherungen losgelösten selbständigen rechtsfähigen juristischen Personen des öffentlichen Rechts kennt, sind auf Verbandsebene keine Satzungen möglich. Die Satzungen der Verbände der Kranken-

kassen sind aber entsprechend den neuen Aufgaben für die Pflegeversicherung zu ergänzen.

Zu Absatz 2 und 3

Die Aufgaben auf Landesebene ergeben sich zum einen aus der Verweisung auf die den Landesverbänden der Krankenkassen obliegenden Aufgaben nach § 211 SGB V. Zum anderen bestehen nach diesem Buch für die Landesverbände insbesondere folgende Aufgaben:

- Sie schließen Vereinbarungen über Pflegekurse mit den Trägern der Einrichtungen, die die Kurse durchführen (§ 41 Abs. 3).
- Sie schließen die Versorgungsverträge mit ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 81 Abs. 2).
- Sie schließen mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung (§ 84 Abs. 1).
- Sie wirken an der Bildung der Schiedsstelle mit (§ 85 Abs. 1).
- Sie schließen Vereinbarungen über die Ausleihe von Pflegehilfsmitteln ab (§ 87 Abs. 4).
- Sie führen durch von ihnen bestellte Prüfer Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen bei den Leistungserbringern durch (§ 88 Abs. 1).
- Sie entscheiden, welche Pflegeeinrichtungen auf Qualität überprüft werden, und können von den Pflegeeinrichtungen verlangen, die Prüfungen zu ermöglichen (§ 89 Abs. 2).
- Sie entscheiden über Maßnahmen bei Feststellung von Qualitätsmängeln (§ 89 Abs. 3).
- Sie können sich am Pflegesatzverfahren beteiligen (§ 94 Abs. 2 Satz 2).

Zu § 50 — Aufgaben auf Bundesebene

Zu Absatz 1

Die Aufgaben auf Bundesebene ergeben sich aus der Verweisung auf die in § 217 SGB V für die Bundesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen festgelegten Aufgaben.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt die Aufsichtsführung über die Bundesverbände der Pflegekassen entsprechend dem SGB V und berücksichtigt die fachliche Zuständigkeit des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung soweit es sich um Aufgaben der sozialen Pflegeversicherung handelt.

Zu Absatz 3

Nach diesem Gesetz bestehen insbesondere folgende Aufgaben der Spitzenverbände:

- Erlass von Richtlinien zur Abgrenzung des Personenkreises der Pflegebedürftigen und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 15),
- Erarbeitung von Empfehlungen über den Inhalt von Versorgungsverträgen (§ 84 Abs. 5),
- Abschluß der für die Pflegehilfsmittel erforderlichen Versorgungsverträge (§ 87 Abs. 1),
- Erstellung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses und der Richtlinien über die Vergabe von Zuschüssen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 87 Abs. 2),
- Festlegung von Festbeträgen für die Hilfsmittel (§ 87 Abs. 3),
- Erarbeitung von Grundsätzen und Maßstäben für die Qualität und Qualitätssicherung der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege sowie für das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen (§ 89 Abs. 1).

Mit der Verweisung auf die Regelungen des § 213 SGB V werden die Spitzenverbände aufgefordert, sich über die von ihnen nach diesem Gesetz gemeinsam und einheitlich zu treffenden Entscheidungen zu einigen. Näheres zum Verfahren zur Beschlußfassung ergibt sich aus der genannten Regelung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch. Anstelle des Bundesministeriums für Gesundheit handelt das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

Zum Sechsten Kapitel — Finanzierung

Allgemeines

Das Kapitel enthält allgemeine Finanzierungsgrundsätze der Pflegeversicherung sowie Vorschriften über den Bundeszuschuß, die Berechnung der Beiträge bei den einzelnen Versichertengruppen, die Verteilung der Beitragslast, die Beitragsabführung sowie die Höhe des Beitragszuschusses des Arbeitgebers. Darüber hinaus werden Regelungen über die Verwendung und Verwaltung der Mittel sowie über einen Finanzausgleich in der Pflegeversicherung getroffen.

Im Ersten Abschnitt wird die Höhe des Beitragssatzes, der bundeseinheitlich gelten soll, sowie die Beitragsbemessungsgrenze bestimmt, bis zu der die beitragspflichtigen Einnahmen herangezogen werden. Außerdem sind die Voraussetzungen für beitragsfreie Zeiten festgelegt.

Die Vorschriften über die beitragspflichtigen Einnahmen, die Beitragstragung und die Beitragszahlung entsprechen im wesentlichen den Vorschriften in der

gesetzlichen Krankenversicherung. Die Beiträge werden von den versicherten Beschäftigten und ihren Arbeitgebern bis zur Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung je zur Hälfte aufgebracht. Bei Beziehern von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Eingliederungshilfe für Spätaussiedler, Unterhaltsgeld und Altersübergangsgeld leistet die Bundesanstalt für Arbeit, bei Rehabilitanden der Rehabilitationsträger, bei Behinderten in Einrichtungen der Träger der Einrichtung die Beiträge in voller Höhe. Die Beiträge der Rentner werden je zur Hälfte von diesen selbst und von den Rentenversicherungsträgern aufgebracht. Ehegatten und Kinder, deren eigenes Gesamteinkommen pro Monat $\frac{1}{2}$ der monatlichen Bezugsgröße (Wert 1993: 530 DM alte Bundesländer, 390 DM neue Bundesländer) nicht übersteigt, sind beitragsfrei mitversichert. Die Pflegekasse kann in Fällen, in denen sich beitragspflichtige Einnahmen nicht ermitteln lassen, die Höhe des Beitrags festsetzen.

Für Versicherte mit geringen Einnahmen, bei denen die Voraussetzungen für eine beitragsfreie Familienversicherung nicht vorliegen, gilt ein Mindestbeitrag.

Im Zweiten Abschnitt sind die Voraussetzungen, unter denen die Zahlung von Beitragszuschüssen an Privatversicherte erfolgt, festgelegt.

Der Dritte Abschnitt regelt den Bundeszuschuß, der für die Investitionsförderung an die Pflegekassen zu zahlen ist.

Der Vierte Abschnitt enthält Regelungen über die Verwendung und Verwaltung der Mittel der Pflegekassen, insbesondere über die Rücklagenbildung.

Der Fünfte Abschnitt regelt den Ausgleichsfonds und den Finanzausgleich unter allen Trägern der Pflegeversicherung, der erforderlich ist, um einen bundeseinheitlichen Beitragssatz in der Pflegeversicherung zu gewährleisten.

Zu den Einzelvorschriften

Zum Ersten Abschnitt — Beiträge

Zum Ersten Titel — Allgemeines

Zu § 51 — Grundsatz

Zu Absatz 1

Die Vorschrift legt für die Finanzierung der Pflegeversicherung das in der Sozialversicherung bewährte Umlageverfahren zugrunde. Die Beiträge werden einkommensbezogen erhoben, es gibt keine Alters- oder Risikozuschläge.

Auch Pflegebedürftige, die Leistungen nach diesem Gesetz beziehen, haben Beiträge nach den allgemeinen Regeln zu entrichten.

Daneben wird ein Bundeszuschuß für die Investitionsförderung vorgesehen (§ 69), der ausschließlich zur

Investitionsförderung der Pflegeinfrastruktur zu verwenden ist.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift bestimmt, daß Beiträge grundsätzlich für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen sind.

Zu § 52 — Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

Zu Absatz 1

Der Beitragssatz wird durch Gesetz bundeseinheitlich festgesetzt, um zu vermeiden, daß Mitglieder bei Pflegekassen mit ungünstiger Risikostruktur stärker mit Beiträgen zur Pflegeversicherung belastet werden als Mitglieder mit gleich hohen beitragspflichtigen Einnahmen bei einer Pflegekasse mit günstigeren Risikostrukturen. Der bundeseinheitliche Beitragssatz setzt den in § 75 vorgesehenen kassenartenübergreifenden Finanzausgleich voraus.

Zu Absatz 2

Die Beitragsbemessungsgrenze wird in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung festgelegt. Die Beitragsbemessungsgrenze ist identisch mit der Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu § 53 — Mindestbeitrag

Mit dieser Vorschrift ist sichergestellt, daß auch Personen ohne oder mit einem nur geringfügigen Einkommen, die nicht die Voraussetzungen für eine beitragsfreie Familienversicherung erfüllen, für den Versicherungsschutz einen Beitrag leisten. Durch die Bezugnahme auf die Bezugsgröße nach § 18 SGB IV wird eine regelmäßige Anpassung des Mindestbeitrags an gestiegene Einkommen erreicht, wie dies auch bei Arbeitnehmern infolge der regelmäßigen jährlichen Lohnanpassungen sowie der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze der Fall ist.

Zu § 54 — Beitragsfreiheit

Zu Absatz 1

Die Einbeziehung der Familienangehörigen in den Versicherungsschutz ist ein wesentliches Element des Familienlastenausgleichs innerhalb der Sozialversicherung. Dies gilt insbesondere für die beitragsfreie Familienversicherung von Ehegatten und Kindern in der gesetzlichen Krankenversicherung. In der Pflegeversicherung sollen Familienangehörige unter den gleichen Voraussetzungen wie in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfreien Versicherungsschutz erhalten.

Zu Absatz 2

Familienangehörige, die aufgrund des Todes des Mitglieds eine laufende Rentenleistung beantragen, sollen für die Dauer des Antragsverfahrens nicht mit Beiträgen belastet werden, weil mit Zubilligung der Leistung die Beitragszahlung auch für den zurückliegenden Zeitraum erfolgt. Dadurch wird eine Verrechnung mit bereits gezahlten Beiträgen vermieden.

Zu Absatz 3

Aus besonderen sozialen Erwägungen bleiben Mutterschafts- und Erziehungsgeld beitragsfrei. Verfügen die Betroffenen jedoch neben diesen Leistungen noch über weitere beitragspflichtige Einnahmen, wie z. B. Arbeitseinkommen oder Einnahmen aus einer halbtags ausgeübten versicherungspflichtigen Beschäftigung, so werden diese Einnahmen zur Beitragsbemessung herangezogen.

Zu Absatz 4

Bezieher von Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz und dem Beamtenversorgungsgesetz, bei denen aufgrund von Schädigungsfolgen Pflegebedürftigkeit besteht, die zur Notwendigkeit stationärer Pflege geführt hat, sollen in der sozialen Pflegeversicherung ebenfalls beitragsfrei sein. Die Beitragsfreiheit ist in diesen Fällen gerechtfertigt, weil aufgrund des Vorrangs der Entschädigungsleistungen gegenüber den Leistungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht davon ausgegangen werden kann, daß von dem einzelnen auch noch Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden können. Dies gilt jedoch nicht, wenn Familienangehörige vorhanden sind, für die eine beitragsfreie Familienversicherung besteht. Hier bietet die Pflegeversicherung den Angehörigen den vollen Versicherungsschutz. Daher ist es gerechtfertigt, in diesen Fällen Beiträge zu erheben.

Zum Zweiten Titel — Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder

Zu § 55 — Beitragspflichtige Einnahmen Beschäftigter und ähnlicher Personengruppen

Die Regelungen legen die Einnahmen fest, die bei Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind. Die Regelungen entsprechen weitgehend denen der gesetzlichen Krankenversicherung (§§ 226 ff. SGB V). Ergänzungen zu den krankenversicherungsrechtlichen Regelungen ergeben sich aus der Einbeziehung zusätzlicher Personengruppen in die Versicherungspflicht der sozialen Pflegeversicherung, deren Erwerbseinkommen ebenfalls der Beitragspflicht unterworfen werden müssen, um einkommensgerechte Beitragsbelastungen dieser Personengruppen zu erreichen. Dabei handelt es sich beispielsweise um Dienst- und Amtsbezüge bei Beamten,

Richtern und beamtenähnlichen Personen sowie um Entschädigungen, die Abgeordnete erhalten, soweit diese freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind.

Zu Absatz 1

Mit dieser Regelung wird das Erwerbseinkommen der Mitglieder in die Beitragspflicht zur sozialen Pflegeversicherung einbezogen.

Zu Absatz 2

Neben den Einnahmen aus einer abhängigen Beschäftigung sind — anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung — nicht nur Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen sowie Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, sondern auch Renten der gesetzlichen Unfallversicherung, Renten nach dem Bundesversorgungsgesetz sowie nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, beitragspflichtig, weil alle Einnahmen zusammen die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds bestimmen. Die Einbeziehung der Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung und der Rentenleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz ergibt sich aus der Tatsache, daß für Bezieher dieser Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung Versicherungspflicht besteht, es sei denn, sie haben eine Krankenversicherung bei einem privaten Versicherungsunternehmen abgeschlossen.

Zu Absatz 3

Zu den beitragspflichtigen Einnahmen aus einer abhängigen Beschäftigung gehören auch einmalig gezahlte Beträge, wie Weihnachts- und Urlaubsgeld, Tantiemen usw.

Zu Absatz 4

Die Beitragsberechnung für unständig Beschäftigte und Seeleute richtet sich nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu § 56 — Beitragspflichtige Einnahmen selbständig Tätiger

Zu Absatz 1

Maßstab für die Beitragsberechnung der selbständig Tätigen ist das Arbeitseinkommen im Sinne des § 15 SGB IV. Dies ist der nach den allgemeinen Gewinnermittlungsvorschriften des Einkommensteuerrechts ermittelte Gewinn aus einer selbständigen Tätigkeit. Um zu vermeiden, daß mit Hilfe der steuerrechtlichen Möglichkeiten der steuerpflichtige Gewinn und damit die Beitragsbemessungsgrundlage in der sozialen Pflegeversicherung auf ein Minimum reduziert wird,

ist in Anlehnung an das Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung für Selbständige eine Mindestbemessungsgrundlage vorgesehen. Die Regelung hat Vorrang gegenüber der in § 53 getroffenen Regelung über den Mindestbeitrag.

Zu Absatz 2

Die in der gesetzlichen Krankenversicherung für Künstler und Publizisten geltende Beitragsbemessungsvorschrift des § 234 SGB V ist entsprechend in der sozialen Pflegeversicherung anzuwenden.

Zu Absatz 3

Bei Selbständigen, die aufgrund der Hauptberuflichkeit der selbständigen Tätigkeit pflichtversichert sind, daneben jedoch noch in geringem Umfang beschäftigt sind und neben dem Arbeitseinkommen noch Arbeitsentgelt beziehen, ist auch das Arbeitsentgelt beitragsmäßig zu berücksichtigen, und zwar in jedem Fall, d. h. nicht nur, wenn gleichzeitig noch eine Rente oder Versorgungsbezüge bezogen werden. Diese beitragsmäßige Behandlung rechtfertigt sich aus der Tatsache, daß Selbständige — anders als in der Krankenversicherung — in der Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind. In der Krankenversicherung können hauptberuflich Selbständige nur freiwillig versichert sein und haben dann Beiträge aus allen Einnahmen zum Lebensunterhalt zu zahlen, also auch aus Arbeitsentgelt, das neben Arbeitseinkommen erzielt wird.

Wenn und soweit neben dem Arbeitseinkommen auch Renten der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung oder Rentenleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz und/oder Versorgungsbezüge bezogen werden, sind auch diese Bezüge beitragspflichtig.

Zu Absatz 4

Macht das Mitglied keine Angaben über die Höhe seines Arbeitseinkommens, so ist die Pflegekasse berechtigt, den Höchstbeitrag zu erheben. Das Mitglied hat es in der Hand, durch rechtzeitigen und vollständigen Nachweis über die Höhe seiner beitragspflichtigen Einnahmen eine einkommensgerechte Beitragsbelastung zu erreichen.

Zu § 57 — Beitragsbemessung bei landwirtschaftlichen Unternehmern und mitarbeitenden Familienangehörigen

Zu Absatz 1

Die besondere Beitragsberechnung in der gesetzlichen Krankenversicherung für landwirtschaftliche Unternehmer und deren mitarbeitende Familienangehörige wird als Grundlage für die Beitragsberechnung in der Pflegeversicherung herangezogen, weil bis zur Verwirklichung der beabsichtigten Reform der

landwirtschaftlichen Sozialversicherung kein neuer Beitragsmaßstab eingeführt werden soll. Bisher kennt die Landwirtschaftliche Krankenversicherung keine Beitragssätze. Deshalb wird der Beitrag zur Pflegeversicherung für diesen Personenkreis in Form eines Zuschlags auf den zu zahlenden Krankenversicherungsbeitrag erhoben. Mit dem Zuschlag wird das Verhältnis zwischen dem Beitragssatz in der Pflegeversicherung und dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz aller Krankenkassen ausgedrückt.

Zu Absatz 2

Weitere Einnahmen der landwirtschaftlichen Unternehmer, z. B. Arbeitsentgelt oder Renten, unterliegen wie bei den übrigen Selbständigen der Beitragspflicht.

Zu § 58 — Beitragsbemessung bei Wehr- und Zivildienstleistenden

Die Vorschrift regelt die Beitragsberechnung für Wehr- und Zivildienstleistende wie in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 244 SGB V).

Abweichend dazu gilt die in § 244 Abs. 1 Satz 1 SGB V genannte Ermäßigung nicht für Beiträge aus Renten der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus Rentenleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz und den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen.

Zu § 59 — Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Mitglieder

Zu Absatz 1 Satz 1

In dieser Vorschrift werden die Einnahmen aufgeführt, die bei sonstigen Mitgliedern der Beitragsberechnung zugrundegelegt werden.

Zu Nummer 1

Entsprechend § 157 Abs. 3 AFG wird als beitragspflichtige Einnahmen für die Beiträge der Bundesanstalt für Arbeit zur Pflegeversicherung der Leistungsbezieher das Arbeitsentgelt zugrunde gelegt. Mit dem Rentenreformgesetz 1992 sind für die Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung als beitragspflichtige Einnahmen 80 v. H. des Arbeitsentgelts vorgesehen, das der Bemessung der AFG-Leistungen zugrunde liegt. Diese zum 1. Januar 1995 in Kraft tretende Regelung wird auch für die Pflegeversicherung gelten. Die Bemessung der Beiträge aus Kurzarbeiter- oder Schlechtwettergeld erfolgt nach § 163 Arbeitsförderungsgesetz in gleicher Weise wie die Beitragsbemessung in der Krankenversicherung.

Zu Nummer 2

Die Höhe des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung läßt es zu, bei Empfängern der in Nummer 2 genannten Lohnersatzleistungen nicht den Zahlbetrag der Leistung, sondern das der Berechnung dieser Leistung zugrundeliegende Entgelt als Bemessungsgrundlage heranzuziehen.

Zu Nummer 3 und 4

Bei den in dieser Vorschrift genannten Jugendlichen, Behinderten und Studenten gilt aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung für die Beitragsberechnung die gleiche Bemessungsgrundlage wie in der gesetzlichen Krankenversicherung. Schüler, die eine Fachschule oder Berufsfachschule besuchen, werden in der sozialen Pflegeversicherung beitragsmäßig wie Studenten behandelt.

Zu Nummer 5

Aus Verwaltungsvereinfachungsgründen wird bei der Bemessung der Beiträge aus dem Vorruhestandsgeld und der Produktionsaufgaberrante oder dem Ausgleichsgeld der Zahlbetrag der Leistung zugrundegelegt. Die gleiche Regelung gilt für die Bemessung der Beiträge bei Beziehern von Leistungen des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes sowie bei Beziehern einer Übergangsversorgung nach dem Tarifvertrag über einen sozialverträglichen Personalabbau im Bereich des Bundesministers der Verteidigung.

Zu Nummer 6

Die Regelung entspricht den §§ 228 und 229 SGB V. Es werden auch Renten der gesetzlichen Unfallversicherung und Rentenleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz sowie nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, in die Beitragspflicht einbezogen.

Zu Satz 2

Satz 2 bestimmt, daß neben den in Satz 1 aufgeführten Einnahmen auch Renten der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung sowie Rentenleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen in die Beitragspflicht einbezogen werden, wenn das Mitglied mehrere dieser Einnahmen gleichzeitig erhält.

Zu Absatz 2

Diese Regelung betrifft:

— geringfügig Beschäftigte, soweit sie nicht familienversichert sind,

- Personen, die über keinerlei Mittel verfügen, z. B. Häftlinge, die dann ggf. allein zur Aufbringung der Beiträge Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen,
- Personen, die von anderen unterhalten werden, ohne familienversichert zu sein,
- Bezieher von Sozialhilfe (Hilfe zum Lebensunterhalt) oder vergleichbaren Leistungen, z. B. nach dem Lastenausgleichsgesetz,
- Personen, die ihren Lebensunterhalt ausschließlich aus angespartem Vermögen bestreiten,
- ehemals selbständig Tätige, die keine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer berufsständischen Versorgungseinrichtung erhalten,
- Personen, deren Familienversicherung aufgrund von Vermögenserträgen über 530 DM monatlich endet,

sofern sie freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind.

Liegen die Einnahmen zum Lebensunterhalt des Mitglieds unter dem in § 53 festgelegten Betrag, wird der Mindestbeitrag erhoben.

Zu § 60 — Rangfolge der Einnahmearten bei mehreren beitragspflichtigen Einnahmen

Diese Vorschrift legt die Reihenfolge bei der Heranziehung mehrerer beitragspflichtiger Einnahmen fest.

Zu Absatz 1

Bei Mitgliedern, die Arbeitsentgelt, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen erhalten, werden diese Einnahmen wie in der Krankenversicherung in dieser Reihenfolge bis zur Beitragsbemessungsgrenze bei der Beitragsbemessung berücksichtigt. Soweit das Mitglied neben Arbeitsentgelt eine Rente bezieht, wird hinsichtlich der Beitragsabführung aus der Rente das pauschale Beitragsabführungsverfahren, das in der gesetzlichen Krankenversicherung für Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung gilt, übernommen. Aus verwaltungstechnischen Gründen wird diese Verfahrensweise in der Pflegeversicherung auf die Beitragsabführung aus Renten der gesetzlichen Unfallversicherung oder nach dem Bundesversorgungsgesetz sowie nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, ausgedehnt.

Bei dieser pauschalen Beitragsabführung ist es verwaltungsmäßig nicht möglich, für die Beiträge aus den Rentenleistungen eine gemeinsame Beitragsbemessungsgrenze mit Beiträgen aus dem Arbeitsentgelt und möglicherweise auch noch aus vorhandenen Versorgungsbezügen und/oder Arbeitseinkommen zu beachten, weil für Beschäftigte der Arbeitgeber die Beiträge berechnet und abführt und weder der Arbeit-

geber noch der Rentenversicherungsträger bei der Beitragsabführung jeweils die Beitragszahlung des anderen zeitnah berücksichtigen können. Daher ist es notwendig — wie in der Krankenversicherung bei beschäftigten Rentnern — für die Beitragsbemessung aus den Renten die Beitragsbemessungsgrenze getrennt von den übrigen beitragspflichtigen Einnahmen zugrundelegen (doppelte Beitragsbemessungsgrenze).

Zu Absatz 2

Diese Vorschrift legt die Reihenfolge bei der Beitragsbemessung für Mitglieder fest, die nur Rentenleistungen, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen beziehen.

Hinsichtlich der Beitragsabführung aus den Rentenleistungen gilt auch hier das pauschale Beitragsabführungsverfahren. Im Gegensatz zu der Beitragsberechnung nach Absatz 1 für beschäftigte Rentner wird in diesen Fällen nur eine Beitragsbemessungsgrenze zugrundegelegt, das heißt, Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen werden nur insofern berücksichtigt, als sie zusammen mit dem Zahlbetrag der Rente die Beitragsbemessungsgrenze nicht übersteigen. Von der doppelten Beitragsbemessungsgrenze kann hier abgesehen werden, weil die Beitragsberechnung aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen individuell durch die Pflegekassen erfolgt.

Zu Absatz 3

Bedingt durch das Zugrundelegen der doppelten Beitragsbemessungsgrenze bei der Beitragsberechnung nach Absatz 1 können die insgesamt entrichteten Beiträge über den Höchstbeitrag hinausgehen. Aus diesem Grund sieht diese Vorschrift auf Antrag des Mitglieds eine Beitragserstattung wie in der Krankenversicherung vor. Die Beitragserstattung erstreckt sich auf die aus der Rente zuviel gezahlten Beiträge des Mitglieds; die von dem Leistungsträger entrichteten Beiträge verbleiben der Pflegekasse.

Zu § 61 — Beitragsbemessung bei Weiterversicherung

Zu Absatz 1

Maßstab für die Beitragsbemessung von Personen, die sich nach Ausscheiden aus der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung weiterversichern, sind die Einnahmen zum Lebensunterhalt des Mitglieds. Auch hier wird ein Mindestbeitrag vorgesehen. Macht der Versicherte zur Höhe seiner Einnahmen keine Angaben, kann die Pflegekasse den Höchstbeitrag erheben.

Zu Absatz 2

Da Leistungen nicht ins Ausland transferiert werden, ist es angemessen, für den Personenkreis, der seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt und sich freiwillig weiterversichert, nur den Mindestbeitrag zu erheben.

Zum Dritten Titel — Beitragstragung

Zu § 62 — Beitragstragung durch das Mitglied und Dritte je zur Hälfte

Die Vorschrift lehnt sich weitgehend an die Regelung der §§ 249 und 249a SGB V an. Ergänzungen sind erforderlich, weil in der sozialen Pflegeversicherung zusätzliche Personen versicherungspflichtig sind, bei denen es wegen der Vergleichbarkeit mit in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personengruppen gerechtfertigt ist, eine hälftige Beitragstragung mit Dritten vorzusehen.

Zu Absatz 1

Die Regelung entspricht inhaltlich § 249 Abs. 1 bis 3 SGB V sowie § 163 Abs. 2 AFG. Sie trägt dem in der Sozialversicherung herrschenden Grundsatz der hälftigen Beitragstragung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern Rechnung und sieht lediglich analog zur Krankenversicherung die alleinige Beitragstragung durch den Arbeitgeber für die Fälle vor, in denen soziale Gründe, wie geringes Einkommen, gegen die Belastung des Arbeitnehmers sprechen.

Zu Absatz 2

Mit dieser Vorschrift wird erreicht, daß Abgeordnete, Beamte, Richter, Minister, Parlamentarische Staatssekretäre, Soldaten auf Zeit, Berufssoldaten, Geistliche sowie weitere beamtenähnliche Personen, wie Dienstordnungsangestellte, bei der Beitragstragung genauso behandelt werden, wie dies in der Sozialversicherung für versicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer üblich ist.

Zu Absatz 3

Die in Absatz 2 getroffene Regelung, die für aktive Beamte und beamtenähnliche Personen eine hälftige Teilung der Beitragslast mit dem Dienstherrn vorsieht, soll auch für die Beamten und beamtenähnlichen Personen gelten, die aus dem aktiven Dienst ausgeschieden sind und entsprechende Versorgungsleistungen aus ihrer vorherigen Tätigkeit beziehen.

Zu Absatz 4

Mit dieser Vorschrift wird die in der Krankenversicherung geltende Regelung über die Beitragslastverteilung bei Beziehern von Vorruhestandsgeld übernom-

men. Darüber hinaus wird die hälftige Beitragstragung für Bezieher von Leistungen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes sowie für Bezieher einer Übergangsversorgung nach § 7 des Tarifvertrages über einen sozialverträglichen Personalabbau im Bereich des Bundesministers der Verteidigung vorgesehen.

Zu Absatz 5

Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung soll auch in der sozialen Pflegeversicherung der Beitrag von dem Rentenbezieher und dem Rentenversicherungsträger gemeinsam getragen werden. Die Regelung gilt auch für Bezieher einer Rente der gesetzlichen Unfallversicherung, die in der Pflegeversicherung ebenfalls der Beitragspflicht unterliegt.

Zu § 63 — Beitragstragung allein durch Dritte

Die Vorschrift regelt die Fälle, in denen das einzelne Mitglied nicht an der Beitragstragung beteiligt wird.

Zu Absatz 1

Mit dieser Vorschrift wird das systembedingte Beitragsabführungsverfahren durch die Künstlersozialkasse, wie es für die gesetzliche Krankenversicherung gilt, auch für die Pflegeversicherung übernommen.

Zu Absatz 2

Die Regelung entspricht der Regelung des § 48 Abs. 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.

Zu Absatz 3

Nach dieser Regelung soll die Bundesanstalt für Arbeit für Bezieher von Leistungen nach dem Arbeitsförderungsgesetz in gleicher Weise den Beitrag zur Pflegeversicherung allein tragen, wie dies auch hinsichtlich des Beitrages zur Krankenversicherung vorgesehen ist.

Zu Absatz 4

Aus sozialpolitischen Erwägungen soll bei Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz oder dem Bundessozialhilfegesetz oder vergleichbare einkommensabhängige Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz, dem Reparationsschädengesetz oder dem Flüchtlingshilfegesetz oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz beziehen, der Sozialleistungsträger die Beiträge allein tragen.

Zu Absatz 5

Die Regelung entspricht § 251 Abs. 4 SGB V.

Zu Absatz 6

Nach dieser Regelung hat bei Beziehern einer Rente, die unmittelbar nach dem Bundesversorgungsgesetz oder in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes gezahlt wird, der jeweilige Leistungsträger die aus der Rente zu zahlenden Beiträge allein zu tragen.

Zu Absatz 7

Die Regelung entspricht § 251 Abs. 1 SGB V. Da in der sozialen Pflegeversicherung auch Krankengeld beitragspflichtig ist, wird zusätzlich festgelegt, daß die Krankenkasse die Beiträge aus dem Krankengeld zu tragen hat.

Zu Absatz 8

Diese Vorschrift übernimmt die Regelung des § 251 Abs. 2 SGB V.

Zu Absatz 9

Mit Rücksicht auf die Tatsache, daß der in § 55 Abs. 1 Nr. 5 aufgeführte Personenkreis der Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlichen Personen nur über freien Unterhalt oder ein geringes Entgelt zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse verfügt, ist es gerechtfertigt, in diesen Fällen die geistlichen Genossenschaften den Beitrag zur Pflegeversicherung allein tragen zu lassen.

Zu § 64 — Beitragstragung allein durch das Mitglied

Diese Vorschrift regelt die alleinige Beitragstragung durch das Mitglied. Fälle, in denen ein Dritter wie der Arbeitgeber oder ein Sozialleistungsträger in keiner Weise an der Beitragslast beteiligt ist, sind gegeben bei der Beitragszahlung aus dem Arbeitseinkommen, der Produktionsaufgaberente sowie dem Ausgleichsgeld nach dem Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit, bei der Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen im Sinne des § 229 SGB V (Zusatzversorgung, Betriebsrenten), mit Ausnahme der in § 62 Abs. 3 genannten Versorgungsbezüge sowie bei der Beitragszahlung der Studenten. Die alleinige Beitragstragung gilt auch für Personen, die von der Weiterversicherungsmöglichkeit nach § 22 Gebrauch gemacht haben.

Zum Vierten Titel — Beitragszahlung

Zu § 65 — Grundsatz

Der Grundsatz, daß die Beiträge von demjenigen zu zahlen sind, der sie zu tragen hat, wird aus der gesetzlichen Krankenversicherung für die soziale Pflegeversicherung übernommen (§ 252 SGB V).

Zu § 66 — Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt

Zu Absatz 1

Da die Pflegeversicherung als neuer Zweig der Sozialversicherung errichtet worden ist, gehören die Beiträge, die vom Arbeitgeber zu zahlen sind, zu den Gesamtsozialversicherungsbeiträgen. Die in den §§ 28 d bis 28 n und 28 r SGB IV getroffenen Regelungen über den Gesamtsozialversicherungsbeitrag finden Anwendung. Die Beiträge werden an die Einzugsstelle abgeführt.

Zu Absatz 2

Mit dieser Vorschrift werden den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten hinsichtlich der Beitragsabführung Arbeitgeberpflichten zugewiesen. Gleiches gilt für die Zahlstellen der Leitungen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes und nach § 7 des Tarifvertrages über einen sozialverträglichen Personalabbau im Bereich des Bundesministers der Verteidigung vom 30. November 1991.

Zu Absatz 3

Bei den in die Versicherungspflicht einbezogenen aktiven Beamten und beamtenähnlichen Personen haben der jeweilige Dienstherr sowie die Religionsgesellschaften die Beiträge aus den Dienst- oder Amtsbezügen oder aus Entschädigungen an die zuständige Pflegekasse in voller Höhe abzuführen, wie dies auch bei Arbeitgebern hinsichtlich der Beitragszahlung aus dem Arbeitsentgelt der Fall ist. Der Dienstherr bzw. die Religionsgesellschaft hat jedoch gegen das Mitglied einen Anspruch auf den Beitragsanteil, der von dem Mitglied selbst zu tragen ist. Dieser Anspruch wird durch Abzug von den Dienst- oder Amtsbezügen oder Entschädigungen geltend gemacht. Eine entsprechende Regelung gilt bei Beamten und beamtenähnlichen Personen im Ruhestand hinsichtlich ihrer Versorgungsbezüge und Versorgungseinkünfte.

Zu § 67 — Beitragszahlung aus sonstigen Einnahmen

Zu Absatz 1

Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung wird entsprechend der Regelung in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 255 SGB V) bei der Zahlung der

Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung von dem Leistungsträger einbehalten und an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte für die Pflegekassen abgeführt. Dieses Verfahren wird wegen der Vergleichbarkeit der Sachverhalte auf Rentenzahlungen der Unfallversicherung ausgedehnt, weil in der sozialen Pflegeversicherung auch Renten der Unfallversicherung beitragspflichtig sind.

Zu Absatz 2 und 3

Diese Vorschriften sehen für das Verfahren der Beitragszahlung aus Rentenleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz sowie nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, Sonderregelungen vor, die ebenfalls der Verwaltungsverfahren dienen.

Zu Absatz 4

Die Beitragszahlung der Studenten ist in gleicher Weise wie in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen (§ 254 SGB V).

Zu Absatz 5

Aus verwaltungstechnischen Gründen ist für die Beitragszahlung bei Bezieher von Versorgungsbezügen im Sinne des § 229 SGB V die gleiche Regelung getroffen wie in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Ausnahme besteht nur für Versorgungsbezüge und Versorgungseinkünfte, die auf einer Zugehörigkeit zu einem der in § 18 Abs. 1 Nr. 4 bis 7 genannten Personenkreise beruhen. Für diese Einnahmen gilt die in § 66 Abs. 3 festgelegte Regelung über die Beitragszahlung.

Zu Absatz 6

Diese Vorschrift ermöglicht den Sozialleistungsträgern und Zahlstellen, praxiserleichternde Regelungen mit den Pflegekassen zu vereinbaren.

Zum Zweiten Abschnitt — Beitragszuschüsse für Privatversicherte

Zu § 68 — Beitragszuschüsse für Privatversicherte

Der Grundsatz der hälftigen Aufteilung der Beitragsbelastung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern (vgl. § 62 Abs. 1) soll auch dann gelten, wenn der Einzelne verpflichtet ist, sich privat gegen das Risiko der Pflege abzusichern, und entsprechende Versicherungsprämien entrichten muß. Daher wird dem Privatversicherten ein Anspruch auf einen Beitragszuschuß gegenüber dem Arbeitgeber oder gegenüber sonstigen Dritten, die im Falle einer Versicherungspflicht

in der sozialen Pflegeversicherung zur hälftigen Beitragstragung verpflichtet wären, eingeräumt.

§ 68 ist in Anlehnung an die in der gesetzlichen Krankenversicherung ab 1. Juli 1994 geltenden Beitragszuschußregelung des § 257 SGB V formuliert worden.

Zu Absatz 1

Alle Personen, die in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfrei und bei einem privaten Versicherungsunternehmen krankenversichert sind, sind verpflichtet, für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nach § 21 familienversichert wären, einen privaten Versicherungsvertrag abzuschließen, der nach Art und Umfang den Leistungen dieses Buches gleichwertige Vertragsleistungen vorsieht. Dies gilt auch für die in den Absätzen 2 und 3 angesprochenen Personengruppen. Bei den Beschäftigten nach Absatz 1 wird diese Pflicht dadurch unterstrichen, daß der Zuschuß des Arbeitgebers von der Erfüllung dieser Pflicht abhängig gemacht wird. Die Arbeitgeber müssen keinen Beitragszuschuß für private Pflegeversicherungsverträge erbringen, die unabhängig von der gesetzlichen Versicherungspflicht abgeschlossen werden oder die über den gesetzlichen Mindestumfang hinausgehen.

Nach Satz 2 wird die Höhe des Arbeitgeberzuschusses doppelt begrenzt. Der Arbeitgeber hat dem Beschäftigten für seinen Pflegeversicherungsschutz und gegebenenfalls für den Pflegeversicherungsschutz des nach § 119 Abs. 5 Nr. 2 Buchstabe f zum halben Tarif versicherten Ehegatten als Beitragszuschuß soviel zu erbringen, wie er auch bei einer Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen hätte. Wenn die private Pflegeversicherung preisgünstiger ist als die soziale, beläuft sich der Zuschuß des Arbeitgebers nur auf die Hälfte der vom Versicherten und gegebenenfalls dem nicht erwerbstätigen Ehegatten tatsächlich zu entrichtenden Prämie.

Satz 3 regelt die Zuschußpflicht mehrerer Arbeitgeber, wenn der Privatpflichtversicherte zwei und mehr Beschäftigungsverhältnisse gleichzeitig hat. Geringfügige Beschäftigungsverhältnisse lösen keine Zuschußpflicht des Arbeitgebers aus, es sei denn, es bestehen mehrere geringfügige Beschäftigungen nebeneinander, die zusammen zu einer Überschreitung der Geringfügigkeitsgrenze führen.

Zu Absatz 2

Nach Absatz 2 werden Bezieher von Vorruhestandsgeld sowie Bezieher der sonstigen in § 62 Abs. 4 genannten Leistungen Arbeitnehmern gleichgestellt. Allerdings ist der Zuschußanspruch nach oben faktisch stärker begrenzt als nach Absatz 1, weil die Vorruhestandsbezüge regelmäßig niedriger sind, als das Arbeitsentgelt eines Beschäftigten und demnach auch der hälftige Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung, den der Arbeitgeber bei einer Absicherung in

der sozialen Pflegeversicherung zu entrichten hätte, niedriger liegen würde.

Zu Absatz 3

Nach dieser Vorschrift trägt bei Beziehern von Übergangsgeld (insbesondere nach §§ 20ff. SGB VI, §§ 59ff. AFG, §§ 568ff. RVO), die in der privaten Pflegepflichtversicherung versichert sind, der Leistungsträger die Prämie bis zur Höhe des Beitrages, der bei Versicherungspflicht des Übergangsgeldbeziehers in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre (§ 63 Abs. 7).

Zu Absatz 3a

Diese Regelung hat lediglich klarstellende Funktion. Sie soll verdeutlichen, daß die Vorschrift des § 68 Ansprüche von privat Pflegeversicherten auf einen Beitragszuschuß nicht abschließend regelt. Es wird im einzelnen auf die Gesetze hingewiesen, in denen einem privat Pflegeversicherten ein Anspruch auf einen Beitragszuschuß gegenüber einem Dritten, der dem Versicherten Erwerbs- und Erwerbsersatzentkommen auszahlt, eingeräumt wird.

Zu Absatz 4

Nach dieser Vorschrift erhalten die in § 62 Abs. 2 und 3 näher beschriebenen Personen (Beamte, Pensionsempfänger) keinen Beitragszuschuß, da sie statt dessen Beihilfe oder Heilfürsorge erhalten. Diese Vorschrift weist lediglich auf bestehende Beihilfe- und Heilfürsorgevorschriften hin, ohne selbst einen Anspruch zu begründen.

Zu Absatz 5

In dieser Vorschrift werden Vorgaben für die private Pflegepflichtversicherung zum Schutz der Interessen der Versicherungspflichtigen gemacht. Die Vorschrift sichert in Verbindung mit den §§ 119 und 120 für alle Personen, die nach § 20 verpflichtet sind, eine private Pflegeversicherung abzuschließen, sozial verträgliche Bedingungen bei Beginn der Versicherungspflicht und in Zukunft. Es wird gewährleistet, daß die Prämien für Familien mit Kindern sowie für ältere und vorerkrankte Personen im Einzelfall nicht zu finanziell unzumutbaren Belastungen führen.

Zu Absatz 6

Über die Bestätigung des Bundesaufsichtsamts für das Versicherungswesen wird für den zur Zahlung des Beitragszuschusses Verpflichteten kontrollierbar, ob die Voraussetzungen des Absatzes 5 vorliegen.

Zum Dritten Abschnitt — Bundeszuschuß

Zu § 69 — Bundeszuschuß

Mit der Absage an eine staatliche Finanzierung der Investitionskosten (duale Finanzierung) soll eine wirt-

schaftliche Betriebsführung und Wettbewerbsgleichheit für alle Pflegeeinrichtungen erreicht werden. Die Investitionskosten werden ebenso wie die laufenden Kosten in den Pflegesatz eingehen. Um die Pflegebedürftigen nicht mit den Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen zu belasten, wird die Pflegeversicherung mit einem Bundeszuschuß in die Lage versetzt, die Kosten zum Auf- und Ausbau pflegerischer Infrastruktur zu finanzieren.

Unabdingbare Voraussetzung für die Gewährung des Bundeszuschusses ist, daß er auf Dauer in voller Höhe zu Lasten der Länder und Gemeinden refinanziert wird. Diese werden durch die Einführung der Pflegeversicherung im Sozialhilfebereich erheblich entlastet. Die Ersparnis soll für die Pflegeversicherung nutzbar gemacht werden. Zu diesem Zweck könnte z. B. die Verteilung des Umsatzsteueraufkommens zugunsten des Bundes geändert oder der Länderanteil im Rahmen von Bundesleistungsgesetzen entsprechend erhöht werden. Die Bundesregierung wird im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens mit den Ländern alle in Betracht kommenden Möglichkeiten zur Realisierung dieses Finanzierungsweges prüfen. Diese Frage muß bis zur 2. Lesung dieses Gesetzentwurfes abschließend geklärt sein.

Zum Vierten Abschnitt — Verwendung und Verwaltung der Mittel

Zu § 70 — Mittel der Pflegekasse

Trotz der organisatorischen Anbindung der Pflegekassen an die Krankenkassen sind die Pflegekassen als öffentlich-rechtliche Körperschaften finanziell selbständig. Sie verfügen aufgrund der Beitragserhebung über eigene Mittel. Diese umfassen wie bei den Krankenkassen die Betriebsmittel und die Rücklage.

Zu § 71 — Betriebsmittel

Die Vorschrift bestimmt die Grundsätze über Verwendung, Höhe und Verwaltung der Betriebsmittel der Pflegekassen.

Zu Absatz 1

Die Regelung des Absatzes 1 Nr. 1 entspricht § 260 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Daneben wird in Nummer 2 bestimmt, daß die Betriebsmittel außer für die Bildung der Rücklage noch für die Bildung des Ausgleichsfonds (§ 74) verwendet werden dürfen.

Zu Absatz 2

Die Pflegekassen haben darauf zu achten, daß die Betriebsmittel im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das Einfache des nach dem Haushaltsplan

der Pflegekasse auf einen Monat entfallenden Betrages der vorgesehenen Aufwendungen nicht überschreiten. Damit wird gewährleistet, daß die überschüssigen Betriebsmittel zur zügigen Auffüllung der Rücklage (§ 72) sowie zur Finanzierung des Ausgleichsfonds (§ 74) genutzt werden können.

Zu Absatz 3

Die Regelung entspricht § 260 Abs. 3 SGB V.

Zu § 72 — Rücklage

Die Vorschrift regelt die Verpflichtung der Pflegekassen zur Bildung und Verwendung einer Rücklage.

Zu Absatz 1

Die Regelung entspricht § 261 Abs. 1 SGB V.

Zu Absatz 2

Die Pflegekassen haben einheitlich eine Rücklage in Höhe von 50 v. H. der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben zu bilden. Den Pflegekassen wird nicht wie den Krankenkassen das Recht eingeräumt, durch Satzung die Höhe der Rücklage zu bestimmen. Mit Rücksicht auf den in der sozialen Pflegeversicherung vorgesehenen bundesweiten Finanzausgleich ist es erforderlich, daß für alle Pflegekassen einheitliche Regelungen gelten.

Zu Absatz 3

Die Pflegekassen sind verpflichtet, Mittel aus der Rücklage den Betriebsmitteln zuzuführen, wenn Einnahme- und Ausgabeschwankungen innerhalb eines Haushaltsjahres nicht durch die Betriebsmittel ausgeglichen werden können.

Mit dieser Verpflichtung wird sichergestellt, daß eine Erstattung der Mehrausgaben im Rahmen des Finanzausgleichs erst dann erfolgt, wenn die eigenen Mittel erschöpft sind.

Zu Absatz 4

Diese Vorschrift regelt die Zuführung der das Rücklagessoll übersteigenden Rücklage zu den Betriebsmitteln bis zu der in § 71 Abs. 2 genannten Höhe. Die darüber hinaus verbleibenden Überschüsse sind von der einzelnen Pflegekasse bis zum 15. des Monats an den Ausgleichsfonds zu überweisen, damit dem Bundesversicherungsamt als Verwalter des Ausgleichsfonds die zur Befriedigung der Ausgleichsanforderungen einzelner Pflegekassen notwendigen Mittel frühzeitig zur Verfügung stehen.

Zu Absatz 5

Die Regelung stellt klar, daß die Rücklagen in der Pflegeversicherung nicht von einer zentralen Stelle, sondern von jeder einzelnen Pflegekasse verwaltet werden.

Zu § 73 —

unbelegt

Zum Fünften Abschnitt — Ausgleichsfonds, Finanzausgleich

Zu § 74 — Ausgleichsfonds

Zur Durchführung des Finanzausgleichs wird ein Ausgleichsfonds eingerichtet.

Zu Absatz 1

Die Verwaltung des Ausgleichsfonds obliegt dem Bundesversicherungsamt. Der Ausgleichsfonds erhält seine finanziellen Mittel durch den Bundeszuschuß, die Beiträge aus den Rentenzahlungen sowie die von den Pflegekassen überwiesenen Überschüsse aus Betriebsmitteln und Rücklage.

Zu Absatz 2 und 3

Die Mittel des Ausgleichsfonds sind nach den in der Sozialversicherung geltenden Grundsätzen hinsichtlich der Verfügbarkeit und Sicherheit anzulegen. Die daraus entstehenden Kapitalerträge werden dem Ausgleichsfonds zugeführt.

Zu § 75 — Finanzausgleich

Zu Absatz 1

In der sozialen Pflegeversicherung soll ein bundeseinheitlicher Beitragssatz gelten. Auf diese Weise wird vermieden, daß Mitglieder einer Pflegekasse mit einem hohem Anteil an Pflegefällen und demzufolge hohen Leistungsausgaben beitragsmäßig stärker belastet werden als Mitglieder einer Pflegekasse mit günstigerer Risikostruktur.

Der bundeseinheitliche Beitragssatz wird ermöglicht über die Einführung eines bundesweiten Finanzausgleichs. Es handelt sich wie bei dem aus der Krankenversicherung der Rentner bekannten Finanzausgleich um einen Ausgabenausgleich. Den gegen einen derartigen Finanzausgleich erhobenen Bedenken, er verzichte auf Wirtschaftlichkeitsanreize oder verleite die Kassen zur Unwirtschaftlichkeit, kann in der Pflegeversicherung keine entscheidende Bedeutung zukommen. Die Situation in der sozialen Pflegeversicherung unterscheidet sich erheblich von der in der gesetzlichen Krankenversicherung, in der letztlich ein

Versicherter mit Befindlichkeitsstörungen durch die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich veranlaßter Leistungen Aufwendungen für die Krankenkassen in einem erheblichen Umfang auslösen kann.

Die Gefahr einer Ausnutzung der Pflegeversicherung durch ungerechtfertigte Leistungsanspruchnahme des Mitglieds oder unwirtschaftliche Leistungsgewährung der Pflegekasse erscheint aus folgenden Gründen sehr gering:

Zum einen werden die Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich erst ab einer erheblichen Pflegebedürftigkeit erbracht. Die Feststellung des Schweregrades der Pflegebedürftigkeit als Voraussetzung für die Leistungserbringung ist ausschließlich dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorbehalten. Hinzu kommt, daß die Leistungen nach Art und Umfang begrenzt sind. Dies bedeutet, daß der einzelne, nachdem bei ihm der vom Gesetz geforderte Schweregrad der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst festgestellt worden ist, anders als in der Krankenversicherung nicht unbeschränkt Leistungen der Pflegeversicherung erhalten kann. Zudem sichern Regelungen im Vertragsbereich vor unwirtschaftlichem Verhalten einzelner Pflegekassen zu Lasten der übrigen. Insgesamt gesehen birgt daher ein ausgabenbezogener Finanzausgleich in der Pflegeversicherung keine erheblichen Unwirtschaftlichkeitsrisiken. Die Einführung einer Interessenquote für die einzelnen Kassen ist aus diesem Grund nicht geboten. Mit ihr ließe sich im übrigen ebensowenig wie mit einem Risikostrukturausgleich das Ziel eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes für die Pflegeversicherung erreichen.

In dem vorgesehenen Finanzausgleich sind die Leistungsaufwendungen der Pflegekassen grundsätzlich in voller Höhe ausgleichsfähig. Um im administrativen Bereich Anreize zum wirtschaftlichen Verhalten zu sichern, ist in § 42 Abs. 3 eine Begrenzung der im Finanzausgleich berücksichtigungsfähigen Verwaltungsaufgaben vorgenommen. Die Pflegekassen dürfen Verwaltungskosten nur in Höhe von 4 v. H. der Leistungsaufwendungen an die Krankenkassen entrichten und 50 v. H. der Kosten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung übernehmen. Diese Kosten können sie im Rahmen des Finanzausgleichs geltend machen.

Die Durchführung des Finanzausgleichs wird dem Bundesversicherungsamt übertragen, weil diese Behörde durch die Abwicklung des Finanzausgleichs in der Krankenversicherung der Rentner über einschlägige Erfahrungen mit der Durchführung von Finanzausgleichen in der Sozialversicherung verfügt.

Zu Absatz 2

Diese Regelungsbefugnis ermöglicht dem Bundesversicherungsamt eine praktikable Abwicklung von Zahlungsein- und -ausgängen und der Kontenführung. Es kann z. B. vorgesehen werden, daß das Bundesversicherungsamt Konten, die die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte errichtet hat, verwaltet.

Zu § 76 — Monatlicher Ausgleich

Damit im Rahmen des Finanzausgleichs der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung bei den Pflegekassen zeitnäher Rechnung getragen werden kann, soll ein monatlicher Ausgleich durchgeführt werden.

Zu Absatz 1

Diese Vorschrift regelt einheitlich das Verfahren der Ermittlung eines möglichen Ausgabenüberschusses bei den einzelnen Pflegekassen.

Zu Absatz 2

Die Pflegekasse erhält bei einem Ausgabenüberschuß den Unterschiedsbetrag aus dem Ausgleichsfonds, sofern sie zusammen mit ihren Berechnungsunterlagen eine entsprechende Anforderung an das Bundesversicherungsamt gestellt hat.

Zu § 77 — Jahresausgleich

Nach Ablauf des Haushaltsjahres (Kalenderjahr) findet ein Jahresausgleich statt, der anhand der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der Pflegekassen noch ausstehende Ausgleichsansprüche feststellen und befriedigen soll.

Zu Absatz 1

Die Durchführung des Jahresausgleichs obliegt dem Bundesversicherungsamt.

Zu Absatz 2

Diese Vorschrift bestimmt die vom Bundesversicherungsamt anhand der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller Pflegekassen sowie der Jahresrechnung der Bundesknappschaft zu ermittelnden Daten, die zur Durchführung des Jahresausgleichs benötigt werden.

Zu Absatz 3

Über den Finanzausgleich erhalten Pflegekassen, deren Einnahmen zur Bestreitung ihrer Ausgaben nicht ausreichen, in Höhe des Unterschiedsbetrages einen Ausgleich unter Berücksichtigung der bereits monatlich erhaltenen Ausgleichszahlungen.

Für den Fall, daß im Verlaufe eines Jahres die Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung nicht ausreichen, um die Leistungsausgaben aller Kassen zu decken, und daher auch nicht alle geltend gemachten Ausgleichsansprüche über den Finanzausgleich erfüllt werden können, findet eine Kürzung der einzelnen Ausgleichsansprüche der Kassen statt. Die Kassen

können in diesem Fall Betriebsmitteldarlehen bis zur Höhe von drei Monatsausgaben aufnehmen.

Zu Absatz 4

Im Rahmen des Jahresausgleichs prüft das Bundesversicherungsamt, ob und welche Pflegekassen die Einnahmeüberschüsse, die nicht zur Auffüllung der Rücklagen und der Betriebsmittel zu verwenden waren, noch nicht in dem vom Gesetz vorgeschriebenen Umfang an den Ausgleichsfonds abgeführt haben. Die Höhe der Differenzbeträge wird den betreffenden Pflegekassen mitgeteilt. Diese haben innerhalb einer vorgegebenen Frist die Differenzbeträge an den Ausgleichsfonds zu überweisen.

Zu Absatz 5

Korrekturen nach Abschluß des Jahresausgleichs werden erst beim nächsten Jahresausgleich berücksichtigt.

Zu Absatz 6

Das Nähere über die Durchführung des Finanzausgleichs kann in einer Rechtsverordnung geregelt werden.

Zum Siebten Kapitel — Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern

Allgemeines

Das Siebte Kapitel regelt die Beziehungen der Pflegekassen zu den Trägern der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie zu den sonstigen Leistungserbringern.

Im Ersten Abschnitt sind die allgemeinen Grundsätze für die Beziehungen zu den Leistungserbringern festgelegt. Die Pflegekassen erhalten den gesetzlichen Auftrag, die pflegerische Versorgung der Versicherten durch Verträge mit den Leistungserbringern sicherzustellen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird im Hinblick auf die Besonderheiten der Pflegeversicherung konkretisiert.

Der Zweite Abschnitt über die „Beziehungen zu den Pflegeeinrichtungen“ behandelt neben der Definition der Pflegeheime und der ambulanten Pflegedienste deren Zulassung zur pflegerischen Versorgung der Versicherten durch Versorgungsverträge. Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen werden zur Versorgung der Versicherten verpflichtet; sie erhalten als Gegenleistung einen Vergütungsanspruch nach Maßgabe des Achten Kapitels. Dem Ziel, eine zweckmäßige, wirksame und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen, dienen Rahmenverträge auf Landesebene und Bundesempfehlungen zwischen den Verbänden der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen. Die

Konfliktlösung durch eine unabhängige Schiedsstelle gewährleistet eine zügige Verwirklichung.

Der Dritte Abschnitt regelt die Rechtsbeziehungen der Pflegekassen zu den Anbietern von Pflegehilfsmitteln. Die Festbetragsregelungen des § 36 SGB V für Hilfsmittel werden durch vergleichbare Regelungen für die Pflegehilfsmittel ergänzt.

Die Vorschriften des Vierten Abschnitts sollen dazu beitragen, die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Pflege zu gewährleisten. Die Landesverbände der Pflegekassen erhalten die Befugnis, die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Pflegeleistungen gegebenenfalls auch durch einseitig von ihnen bestellte Prüfer untersuchen zu lassen. Die Leistungserbringer werden darüber hinaus verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen.

Zu den Einzelvorschriften

Zum Ersten Abschnitt — Allgemeine Grundsätze

Zu § 78 — Sicherstellungsauftrag

Die Vorschrift überträgt den Pflegekassen den Sicherstellungsauftrag für die pflegerische Versorgung der Versicherten (Satz 1). Sie betrifft nur die Leistungen, die die Pflegekassen ihren Versicherten in der Form der Sachleistung zu gewähren haben. Das sind u. a. bei der häuslichen Pflege die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung, bei der stationären Pflege die pflegebedingten Leistungen sowie im pflegerisch-technischen Bereich die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen zur Erleichterung der Pflege.

Die Übertragung des Sicherstellungsauftrages bedeutet nicht, daß die Pflegekassen die ihnen obliegenden pflegerischen Leistungen als eigene Leistungen selbst erbringen müssen. Bezeichnend für das Sachleistungsprinzip ist vielmehr die „Verschaffungspflicht“ der Pflegekassen. Satz 2 verpflichtet daher die Pflegekassen, die Versorgung der Versicherten durch Versorgungsverträge (§ 81) und Vergütungsvereinbarungen (§§ 93 bis 100) mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen und den sonstigen Leistungserbringern sicherzustellen.

Satz 3 konkretisiert die in § 10 Abs. 2 enthaltenen Grundsätze der Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen und der besonderen Stellung der freigemeinnützigen Träger im Rahmen dieser Vielfalt für das Siebte Kapitel. Adressat dieses Gebots sind in erster Linie die Pflegekassen und ihre Verbände, aber auch die Pflegeeinrichtungen und ihre Vereinigungen bei der Ausgestaltung der gegenseitigen Vertragsbeziehungen nach diesem Kapitel.

Zu § 79 — Beitragssatzstabilität

Durch die Regelung sollen die Leistungsfähigkeit und die Wirtschaftlichkeit der sozialen Pflegeversicherung sowie deren Finanzierung zu vertretbaren Beitragsätzen auf Dauer gesichert werden.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift definiert den Grundsatz der Beitragssatzstabilität und verpflichtet die Pflegekassen, die Einhaltung dieses Grundsatzes in ihren Verträgen mit den Leistungserbringern sicherzustellen. Der Beitragssatz ist für alle Pflegekassen gleich; er wird durch Gesetz vorgegeben (§ 52 Abs. 1). Beitragssatzstabilität ist nur dann gewährleistet, wenn die gesamten Leistungsausgaben aller Pflegekassen und damit der Pflegeversicherung insgesamt aus dem verfügbaren Beitragsaufkommen finanziert werden können. Adressat des Gesetzesbefehls ist daher primär die einzelne Pflegekasse, denn sie ist diejenige Einrichtung innerhalb der Gesamtorganisation der Pflegeversicherung, bei der Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen anfallen und im Gleichgewicht gehalten werden müssen.

Normadressat sind mittelbar aber auch die Landes- und Bundesverbände der Pflegekassen. Das folgt bereits aus ihrer gesetzlichen Pflicht, die Mitgliedskassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und der Wahrnehmung ihrer Interessen zu unterstützen. Auch die Leistungserbringer sind in die Regelung eingebunden. Sie werden durch Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen an einem öffentlich-rechtlichen Leistungssystem beteiligt, das ihnen erhebliche finanzielle Vorteile bringt. Daraus erwächst für sie die Pflicht, die elementaren Grundanforderungen dieses Systems zu beachten; dazu gehört neben dem Wirtschaftlichkeitsgebot vor allem der Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

Zu Absatz 2

Die Regelung konkretisiert diesen Grundsatz für den Bereich der Leistungsvergütungen. Die Beitragseinnahmen der Pflegekassen sind einkommensbezogen. Sie wachsen mit der Erhöhung der beitragspflichtigen Löhne und Gehälter (§ 52 Abs. 2). Die Beitragszuwächse lassen sich daher sowohl prozentual als auch in ihrem Gesamtvolumen vorkalkulieren. Daraus zieht Absatz 2 die auch den Leistungserbringern zumutbare Konsequenz, Vereinbarungen über die Höhe der Vergütungen, die über die erkennbaren Zuwachsraten bei den Beitragseinnahmen hinausgehen, generell für unwirksam zu erklären.

Das Gebot, die Beitragssatzstabilität zu sichern, gilt grundsätzlich auch für die sogenannte „Mengenkomponente“. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß die Pflegekassen und die Leistungserbringer die Menge der Pflegeleistungen (im Gegensatz zur Vergütungshöhe) — wenn überhaupt — nur in begrenztem Umfang beeinflussen können. Art, Inhalt und Umfang der von den Pflegekassen zu gewährenden

Sachleistungen hängen von der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen, dem Grad ihrer Pflegebedürftigkeit und dem Pflegebedarf ab. Den Leistungserbringern kann das „Pflegefallrisiko“ nicht angelastet werden. Es liegt bei den Pflegekassen. Diese können sich ihren gesetzlichen Leistungspflichten gegenüber den Versicherten nicht entziehen. Sie müssen die vorgeschriebenen Leistungen vielmehr auch dann gewähren, wenn bei gesetzlich fixiertem Beitragssatz die laufenden Ausgaben der Kasse ihre laufenden Einnahmen überschreiten. Die Sanktion des Absatzes 2 gilt hier nicht. Die Regelung des § 79 geht (in ihrem Gesamtzusammenhang gesehen) deswegen davon aus, daß die Pflegekassen notwendige Leistungsausgaben, die selbst bei sparsamster Wirtschaftsführung nicht aus dem laufenden Beitragseinkommen gedeckt werden können, ausnahmsweise z. B. auch aus Rückstellungen, durch Kreditaufnahme oder aus sonstigen Einnahmen finanzieren dürfen (vgl. § 77 Abs. 3). Dabei ist aber entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot stets die Finanzierungsart zu wählen, die die zukünftigen Beitragseinnahmen der betroffenen Pflegekasse und vor allem den Finanzausgleich der Pflegekassen untereinander am wenigsten belastet.

Die aus einer solchen Entwicklung etwa notwendig werdende Beitragssatzänderung kann auch in diesem Fall nur durch Gesetz (§ 52 Abs. 1) vorgenommen werden.

Zum Zweiten Abschnitt — Beziehungen zu den Pflegeeinrichtungen

Zu § 80 — Pflegeeinrichtungen

Die Vorschrift definiert die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und grenzt sie voneinander ab. Das ist erforderlich, weil beide Arten von Einrichtungen insbesondere hinsichtlich der Vergütung ihrer Leistungen unterschiedlichen Regelungen folgen.

Zu Absatz 1

Die ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) sind dadurch gekennzeichnet, daß sie die Pflegebedürftigen in deren Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen. Bei der ambulanten „häuslichen“ Pflege bleibt der Pflegebedürftige in seiner Wohnung; die Betreuung wird ihm „ins Haus gebracht“. Wohnung in diesem Sinne kann auch ein Altersheim oder ein Altenwohnheim nach § 1 Abs. 1 HeimG sein, in dem ambulant Pflegebedürftige nicht nur vorübergehend untergebracht sind; ebenso Heime für Behinderte oder gleichwertige Einrichtungen (vgl. auch Begründung zu § 33 Abs. 1). Stationäre Pflege kann dagegen nur in zugelassenen Pflegeheimen gewährt werden (§§ 80 Abs. 2, 81); diese fallen daher nicht unter den Begriff der Wohnung im Sinne des Absatzes 1 (vgl. auch Begründung zu Absatz 2).

Der Begriff der ambulanten Pflegeeinrichtung ist, wie auch durch die Klammerdefinition „Pflegedienste“

verdeutlicht werden soll, weit und flexibel gefaßt. Er umfaßt nicht nur die herkömmlichen Sozialstationen in freigemeinnütziger oder kommunaler Trägerschaft, sondern auch private Hauspflegedienste. Wesentlich für den Begriff des Pflegedienstes im Sinne dieser Regelung sind folgende Kernelemente:

- Es muß sich um eine Einrichtung handeln, die Pflegebedürftige mit häuslicher Pflege als Sachleistung versorgt. Die häusliche Pflege umfaßt Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (§ 32 Abs. 1). Dementsprechend setzt die Anerkennung als Pflegedienst voraus, daß die Einrichtung Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegt und — soweit erforderlich — hauswirtschaftlich versorgt. Ein Reinigungsunternehmen, das lediglich die Wohnung von Pflegebedürftigen sauber hält, oder ein Essensdienst auf Rädern, der nur Mahlzeiten ins Haus bringt, ist daher kein Pflegedienst im Sinne dieses Buches.
- Der Begriff der Pflegeeinrichtung setzt eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln voraus, die unabhängig vom Bestand ihrer Mitarbeiter in der Lage ist, eine ausreichende, gleichmäßige und konstante pflegerische Versorgung eines wechselnden Kreises von Pflegebedürftigen in ihrem Einzugsgebiet „rund um die Uhr“ zu gewährleisten. Dazu zählt die Sicherstellung eines ausreichenden Früh-, Spät-, Wochenend- und Feiertagsdienstes.
- Die Einrichtung muß ferner geeignet sein, Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung in der nach diesem Gesetz gebotenen Qualität zu erbringen. Dazu gehört, daß sie imstande ist, im Einzelfall den Pflegebedarf zu bestimmen, den vom Medizinischen Dienst aufgestellten Pflegeplan auszuführen und die Pflege zu dokumentieren. Dies setzt ebenso wie bei der stationären Pflege gemäß Absatz 2 voraus, daß die von dem Pflegedienst angebotene ambulante Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten leitenden Pflegekraft durchgeführt wird.

Leistungsanbieter, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können schon begrifflich keine Pflegedienste im Sinne dieses Buches sein. Sie können weder Vertragspartner der Pflegekassen bei Versorgungsverträgen nach § 81 sein, noch können sie in das Vergütungsrecht nach dem Achten Kapitel einbezogen werden. Das schließt nicht aus, daß die Pflegekassen geeignete Einzelpersonen oder Gruppen von Einzelpersonen, die nicht die gesetzlichen Merkmale eines Pflegedienstes im Sinne von Absatz 1 erfüllen, im Einzelfall in die pflegerische Versorgung ihrer Versicherten einbeziehen. Hierzu ist jedoch der Abschluß eines Vertrages nach § 86 Abs. 1 erforderlich, in dem Inhalt, Umfang, Vergütung sowie die Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der zu erbringenden Leistungen festgelegt werden. Der Abschluß solcher Einzelverträge liegt im Ermessen der Pflegekassen. Grundsätzlich ist die ambulante Versorgung der Versicherten solchen Pflegediensten vorbehalten, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 81 besteht.

Für den Begriff der ambulanten Pflegeeinrichtung kommt es nicht darauf an, ob diese in öffentlicher, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft steht oder ob sie neben der häuslichen Pflege im Sinne dieses Buches auch andere Dienste (z. B. häusliche Krankenpflege) anbietet. Gerade für die bestehenden Sozialstationen, die derzeit den größten Anteil an der Versorgung Pflegebedürftiger haben, ist es bezeichnend, daß sie ein umfassendes Angebot ambulanter Hilfen in der Kranken-, Alten- und Familienpflege bereithalten. Diese bewährten ambulanten Versorgungsstrukturen sollen durch die Pflegeversicherung nicht beseitigt oder eingeengt, sondern im Gegenteil weiter gefördert werden. Das gleiche gilt für die Vorhaltung von Sozialstationen oder sonstigen Pflegediensten durch Altenheime, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Hierdurch können nicht nur Regiekosten gespart, sondern die Erfahrungen aus der stationären Versorgung für die ambulante Pflege (und umgekehrt) nutzbar gemacht und damit beide Bereiche enger miteinander verzahnt werden. Unerlässlich ist freilich, daß die verschiedenen Versorgungswege innerhalb ihres Leistungsverbandes organisatorisch und wirtschaftlich selbständig geführt werden, um die unterschiedlichen Aufgaben- und Finanzierungsverantwortlichkeiten (Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Sozialhilfe usw.) nicht zu vermengen. Insofern gilt das Erfordernis der „wirtschaftlichen Selbständigkeit“ nicht nur für stationäre, sondern auch für ambulante Pflegeeinrichtungen.

Zu Absatz 2

Der hier definierte Begriff der stationären Pflegeeinrichtung (Pflegeheim) umfaßt sowohl vollstationäre wie auch teilstationäre Einrichtungen (Absatz 2 Nr. 2). Bei vollstationärer Versorgung wird der Pflegebedürftige im Unterschied zur ambulanten Pflege aus seiner häuslichen Umgebung herausgelöst und für die Dauer der Pflege in ein Pflegeheim aufgenommen; auch bei teilstationärer Pflege begibt sich der Pflegebedürftige in eine Einrichtung außerhalb seiner Wohnung, etwa um dort tagsüber (im Rahmen eines „strukturierten Tagesablaufs“) gepflegt zu werden oder aktivierende Hilfen in Anspruch zu nehmen. Vollstationäre Pflegeheime versorgen die Pflegebedürftigen bei Tag und Nacht. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die Pflegebedürftigen in dem Heim auf Dauer oder nur vorübergehend aufgenommen werden. Auch Einrichtungen der Kurzzeitpflege und der Urlaubspflege sind vollstationäre Pflegeeinrichtungen, sofern sie Pflegebedürftige „rund um die Uhr“ versorgen. Teilstationär sind dagegen Einrichtungen, die Pflegebedürftige nur für einen Teil des Tages stationär aufnehmen und pflegen. Im Regelfall sind dies Tagesstätten. Die Definition schließt aber (nach dem Vorbild der Nachtkliniken) auch die gegenwärtig noch seltene Erscheinungsform der „Nachtpflegeheime“ ein, die Pflegebedürftige nur für die Nacht aufnehmen und betreuen. Bei teilstationärer Pflege benötigt der Pflegebedürftige für den Teil des Tages, den er nicht im Pflegeheim verbringt, noch eine eigene Wohnung.

Wesentlich für alle Formen von stationären Pflegeeinrichtungen ist, daß sie „selbständig wirtschaftende“ Einrichtungen sind. Das bedeutet nicht, daß nur solche Einrichtungen als stationäre Pflegeeinrichtungen anzusehen sind, die ausschließlich Pflegebedürftige betreuen. Auch Pflegeabteilungen in Altenheimen oder an Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen können Pflegeeinrichtungen im Sinne der Pflegeversicherung sein, soweit sie vom Träger als wirtschaftlich (und organisatorisch) selbständige Einheiten geführt werden und die sonstigen Voraussetzungen des § 80 erfüllen. Wirtschaftliche Selbständigkeit in diesem Sinne ist zum einen deswegen erforderlich, um die unterschiedlichen Finanzierungsverantwortlichkeiten und Vergütungssysteme für Pflegeeinrichtungen einerseits und beispielsweise für Krankenhäuser andererseits sauber voneinander zu trennen. Sie soll zum anderen die wirtschaftliche und finanzielle Verantwortung und Eigenverantwortung des Trägers für die Pflegeeinrichtungen unterstreichen, mit denen er zur pflegerischen Versorgung der Versicherten im Rahmen des öffentlich-rechtlichen Leistungssystems der Pflegeversicherung nach § 81 zugelassen werden will. Das schließt — auch im Interesse der Beitragssatzstabilität — die Pflicht zu sparsamer Wirtschaftsführung ein, die eine der Grundanforderungen dieses Systems darstellt. Die Vorgabe der „wirtschaftlichen Unabhängigkeit“ ist auf das Krankenhausfinanzierungsgesetz abgestimmt. Danach gehört die Umwidmung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen in Pflegeeinrichtungen oder „selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen“ ausdrücklich zu den Aufgaben, die von den Ländern aus öffentlichen Mitteln zu fördern sind (§ 9 Abs. 2 Nr. 6 KHG).

Der Begriff der stationären Pflegeeinrichtung setzt weiter voraus, daß die von ihr angebotenen Pflegeleistungen fachlich-pflegerisch unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft erbracht werden (Absatz 2 Nr. 1). Das werden in der Regel Personen sein, die in der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege oder Altenpflege ausgebildet sind und die notwendige Berufserfahrung besitzen, die für die Übernahme der pflegerischen Gesamtverantwortung in einem Pflegeheim unerlässlich ist. Die Betonung der pflegerischen Verantwortung unterscheidet die stationären Pflegeeinrichtungen vom Krankenhaus und von den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, bei denen die ärztliche Verantwortung im Vordergrund steht (§ 107 SGB V). Die Ausbildungsanforderungen nach Absatz 1 Nr. 1 gelten indessen nur für die leitende Pflegekraft, die für den Pflegebereich verantwortlich ist, nicht jedoch auch für den Leiter oder Geschäftsführer des Pflegeheims. Hier steht es dem Träger frei, unabhängig von einer bestimmten Ausbildung oder Berufserfahrung jegliche Person seines Vertrauens mit der Leitung des Heims zu beauftragen; dabei sind allerdings die Mindestanforderungen an die Eignung des Heimleiters aufgrund des Heimgesetzes zu beachten (vgl. § 3 Nr. 2 HeimG).

Insgesamt soll durch die weitgefaßte Definition der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen der für eine fortschrittliche Versorgung erforderliche Auf-

und Ausbau der pflegerischen Infrastruktur von vornherein für innovative Entwicklungen offen gehalten werden.

Zu § 81 — Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

Die Vorschrift regelt — nach dem Vorbild des Zulassungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (§§ 108, 109 und 111 SGB V) — die Zulassung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zur pflegerischen Versorgung der Versicherten durch Versorgungsvertrag. Jede Pflegeeinrichtung, die Versicherte der sozialen Pflegeversicherung versorgen will, bedarf hierzu eines Versorgungsvertrages mit den Landesverbänden der Pflegekassen. Die Pflegekassen dürfen zur Sicherstellung der häuslichen, teil- oder vollstationären Pflege ihrer Versicherten nur solche Pflegedienste und Pflegeheime in Anspruch nehmen, mit denen ihre Landesverbände einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Mit Vertragsschluß erhalten der Pflegedienst oder das Pflegeheim den Status einer „zugelassenen Pflegeeinrichtung“, mit der generellen Berechtigung und Verpflichtung, während der Dauer des Vertrages Pflegebedürftige zu Lasten der Pflegeversicherung zu versorgen. Der Versorgungsvertrag hat somit eine rein „statusbegründende“ Funktion. Er ist weder ein „Beschaffungsvertrag“, mit dem die Erbringung der Sachleistung „Pflege“ zugunsten des einzelnen Versicherten sichergestellt werden soll, noch beinhaltet er Belegungs- oder Preisabsprachen.

Zu Absatz 1

Nach den leistungsrechtlichen Vorschriften dieses Buches dürfen die Leistungen der Pflegeversicherung (als Sachleistung) nur bei „zugelassenen Leistungserbringern“ in Anspruch genommen werden (vgl. § 25 Abs. 2 in Verbindung mit den §§ 32 und 39). Dementsprechend bestimmt Satz 1, daß die Pflegekassen ambulante und stationäre Pflege nur durch zugelassene Pflegeeinrichtungen gewähren dürfen. Diese Regelung ist im Zusammenhang mit § 86 zu sehen: Sie schließt die pflegerische Versorgung der Versicherten durch eigenes Pflegepersonal der Pflegekassen nicht aus; außerdem bleibt es den Pflegekassen — entsprechend dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 132 Abs. 1 Satz 2 SGB V) — unbenommen, zur Gewährung häuslicher Pflege und zur hauswirtschaftlichen Versorgung Verträge mit Einzelpersonen abzuschließen, die weder bei ihnen noch bei einer zugelassenen Pflegeeinrichtung angestellt sind (§ 86 Abs. 1).

In dem Versorgungsvertrag ist der Versorgungsauftrag der Pflegeeinrichtung nach Art, Inhalt und Umfang der Leistungen festzulegen, die das Pflegeheim oder der Pflegedienst während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen hat. Die Festlegung von „Art und Inhalt“ der Leistungen erfordert in erster Linie eine Vereinbarung darüber,

ob die Einrichtung den Versicherten ambulante (häusliche) oder stationäre Versorgungsleistungen zur Verfügung stellen soll, differenziert bei häuslicher Pflege nach Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung, bei stationärer Pflege nach voll- oder teilstationärer Versorgung oder Kurzzeitpflege. Ferner gehört hierher eine generelle Verständigung über die Gruppen der Pflegebedürftigen, die betreut werden sollen, insbesondere nach der Stufe ihrer Pflegebedürftigkeit sowie nach dem Betreuungsbedarf. Der als Teil des Versorgungsauftrages festzulegende „Umfang der pflegerischen Leistungen“ erfordert eine Absprache über die voraussichtliche Zahl der Versicherten, die (im Monats- oder Jahresdurchschnitt) die Dienste der Pflegeeinrichtung in Anspruch nehmen werden, sowie über die zu ihrer Versorgung erforderlichen Pflegebetten und sonstigen Betreuungskapazitäten.

Die Regelung des Satzes 2 schreibt für jede (ambulante oder stationäre) Pflegeeinrichtung, die zur Versorgung der Versicherten zugelassen werden soll, einen individuellen Versorgungsvertrag mit einem konkreten Versorgungsauftrag vor. Das bedeutet, daß grundsätzlich in jedem Versorgungsvertrag eine Absprache über die für die Versorgung notwendige räumliche, personelle und sachlich-technische Ausstattung des einzelnen Pflegeheims oder Pflegedienstes getroffen werden muß. Diese Vorgabe entfällt, soweit die Landesverbände der Pflegekassen mit den Trägern der Pflegeeinrichtungen im Land hierzu einschlägige Rahmenvereinbarungen abgeschlossen haben, die für alle Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen im Land unmittelbar verbindlich sind (§ 84 Abs. 2 Nr. 3 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 4). Bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen ist darüber hinaus eine Verständigung über den örtlichen Einzugsbereich des einzelnen Pflegedienstes erforderlich, damit lange Anfahrtswege zu den Pflegebedürftigen vermieden werden (Absatz 3 Satz 2; siehe unten, Begründung zu Absatz 3).

Zu Absatz 2

Satz 1 bestimmt die Vertragsparteien des Versorgungsvertrages. Das sind auf Seiten der Leistungserbringer die Träger der einzelnen ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung, auf Seiten der Pflegeversicherung die Landesverbände der Pflegekassen. Die Kassenverbände können den Versorgungsvertrag nur gemeinsam abschließen (§ 90 Abs. 1 Satz 1). Für den Fall, daß sie sich ganz oder teilweise nicht einigen können, verweist § 90 Abs. 1 Satz 2 zur Konfliktlösung auf eine entsprechende Anwendung des § 213 Abs. 2 SGB V (zu den Einzelheiten siehe Begründung zu § 90).

Satz 1 stellt ferner sicher, daß der Sachverstand der Sozialhilfeträger, die zur Zeit als Mitglieder der Pflegesatzkommissionen die Pflegesätze vereinbaren, mit in das Zulassungsverfahren eingebunden wird.

In Satz 2 wird bestimmt, daß der Versorgungsvertrag für alle Pflegekassen im Inland verbindlich ist. Hiernach reicht es aus, daß eine Pflegeeinrichtung in

einem Bundesland zugelassen ist, um Versicherte aus allen Teilen der Bundesrepublik zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung versorgen zu können.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt in ihrem Satz 1 die inhaltlichen Voraussetzungen für die Zulassung von Pflegeeinrichtungen zur Versorgung der Versicherten. Zwingend ist nur, daß das Pflegeheim oder der Pflegedienst, die sich um einen Versorgungsvertrag bewerben, die Gewähr für eine „leistungsfähige und wirtschaftliche“ pflegerische Versorgung bieten; Pflegeeinrichtungen, die diese Voraussetzungen erfüllen, haben in Anlehnung an die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Krankenhausbereich Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages (vgl. u. a. BSGE Bd. 51, S. 126; Bd. 59, S. 258 ff.; USK 86245, S. 1157 ff.). Die für die Zulassung von Krankenhäusern erforderliche zusätzliche Voraussetzung, daß die Einrichtung auch die Gewähr für eine „bedarfsgerechte“ Versorgung der Bevölkerung bieten muß (vgl. § 109 Abs. 3 SGB V), ist hier nicht vorgegeben.

Mit dieser Beschränkung der Zulassungsvoraussetzungen in Satz 1 auf die Gewähr für eine „leistungsfähige und wirtschaftliche“ Versorgung wird den Landesverbänden der Pflegekassen die Möglichkeit eingeräumt, Pflegeeinrichtungen auch über den aktuellen Versorgungsbedarf hinaus zur Pflege der Versicherten zuzulassen. Dadurch soll ein geschlossener Markt der zugelassenen Pflegeeinrichtungen verhindert, neuen, innovativen Leistungsanbietern der Zugang zum „Pflegemarkt“ offen gehalten und so der Wettbewerb unter den Pflegeeinrichtungen gefördert werden. Nachteile für die Pflegekassen sind mit der Zulassung bedarfsüberschreitender Versorgungskapazitäten nicht verbunden.

Mit der Regelung in Satz 2 soll für den Bereich der häuslichen Pflege eine besonders orts- und bürgernahe Versorgung gewährleistet werden. Zu diesem Zweck werden die Vertragsparteien verpflichtet, in den Versorgungsverträgen die örtlichen Einzugsbereiche der ambulanten Pflegedienste so festzulegen, daß lange Wege möglichst vermieden werden.

Zu beachten ist schließlich die übergreifende Grundsatzvorschrift des § 10 Abs. 2, wonach bei der Zulassung von Pflegeeinrichtungen auf die Vielfalt, die Selbständigkeit, das Selbstverständnis und die Unabhängigkeit der Träger zu achten ist.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift regelt die rechtlichen Wirkungen des Versorgungsvertrages.

Satz 1 konkretisiert die Dauer der Zulassung von Pflegeeinrichtungen zur pflegerischen Versorgung der Versicherten. Die in Satz 2 verankerte Versorgungspflicht der Pflegeeinrichtung folgt aus ihrer

Zulassung. Hierdurch wird das Pflegeheim oder der Pflegedienst in ein öffentlich-rechtliches Sozialleistungssystem einbezogen, das gesetzliche Rechte und Pflichten miteinander verbindet. Zu den Rechten gehört, daß die Vergütung der ambulanten oder stationären Pflegeleistungen auf gesetzlicher Grundlage festgelegt wird, nämlich nach den Vorschriften des Zweiten Abschnitts des Achten Kapitels. Dem stellt Satz 2 die Pflicht der Pflegeeinrichtung gegenüber, die Versicherten im Rahmen ihres Versorgungsauftrages pflegerisch zu versorgen.

Andererseits wird mit der Zulassung der Pflegeeinrichtung zur pflegerischen Versorgung der Versicherten ein „Kontrahierungszwang“ für die Pflegekassen ausgelöst. Diese werden nach Satz 3 verpflichtet, die Leistungen der Pflegeeinrichtungen nach Maßgabe der Vorschriften des Zweiten Abschnitts des Achten Kapitels zu vergüten. Dabei ist zu beachten, daß für die Vergütung das Vereinbarprinzip gilt.

Zu § 82 — Abschluß von Versorgungsverträgen

Die Vorschrift behandelt drei Sachverhalte: die förmlichen Voraussetzungen für das Zustandekommen eines Versorgungsvertrages (Absatz 1), das Rechtsmittelverfahren bei seiner Ablehnung (Absatz 2) sowie den Bestandsschutz für bestehende Pflegeeinrichtungen (Absatz 3 und 4).

Zu Absatz 1

Der Versorgungsvertrag ist ein öffentlich-rechtlicher Vertrag im Sinne des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch, bei dem sich beide Vertragsparteien — der Träger der Pflegeeinrichtung und die Landesverbände der Pflegekassen — gleichrangig und gleichberechtigt gegenüberstehen. Absatz 1 schreibt aus Gründen der Rechtssicherheit für den Abschluß dieses Vertrages die Schriftform vor.

Zu Absatz 2

Der Abschluß des Versorgungsvertrages kommt nach Absatz 1 in Verbindung mit den allgemeinen Grundsätzen des Vertragsrechts durch schriftliche Einigung zwischen den Vertragsparteien zustande. Seine Ablehnung stellt — entsprechend der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Krankenhausbereich (vgl. BSGE Bd. 51 S. 126 ff.; Bd. 59, S. 258 ff.) — einen belastenden Verwaltungsakt dar, mit dem die Landesverbände der Pflegekassen (als öffentlich-rechtliche Körperschaften) dem Träger der Pflegeeinrichtung den Abschluß eines öffentlich-rechtlichen, statusbegründenden Vertrages verweigern. Hiergegen ist nach der ausdrücklichen Bestimmung in Absatz 2 der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben.

Der Verzicht auf ein Vorverfahren in Satz 2, 1. Halbsatz, gewährleistet eine zügige Streitentscheidung durch die Sozialgerichte. Die Klage gegen die Ablehnung des Versorgungsvertrages durch die Landesver-

bände der Pflegekassen hat keine aufschiebende Wirkung (Satz 2, 2. Halbsatz). Diese Regelung ist deswegen notwendig und sachgerecht, weil anderenfalls auch Leistungsanbieter, die offensichtlich nicht die Voraussetzungen für eine Zulassung zur ambulanten oder stationären Pflege erfüllen, der Pflegeversicherung durch einseitige Erklärungen einen (vorläufigen) Versorgungsvertrag aufzwingen könnten. Dies würde weder dem Anspruch des einzelnen Versicherten auf sachgerechte Pflege noch dem Interesse der Solidargemeinschaft entsprechen. Es ist davon auszugehen, daß die Landesverbände der Pflegekassen als dem Gemeinwohl verpflichtete Körperschaften des öffentlichen Rechts das Instrumentarium der Versorgungsverträge unter Beachtung der legitimen Interessen aller Beteiligten sachgerecht nutzen und Leistungsanbieter, die sich um die Zulassung zur pflegerischen Versorgung der Versicherten bewerben, nicht aus willkürlichen Erwägungen abweisen werden.

Zu Absatz 3 und 4

Pflegedienste, die vor dem 1. Januar 1994 ambulante Pflege aufgrund von Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern abgeschlossen haben, genießen Bestandsschutz. Für Pflegeheime ist der 1. Januar 1996 der maßgebliche Stichtag, da der „stationäre Teil“ der Pflegeversicherung erst zu diesem Zeitpunkt in Kraft tritt (Absatz 4). Bei ihnen gilt von Gesetzes wegen ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen (Satz 1). Besitzstandswahrende Vereinbarungen im Sinne des Satzes 1 sind u. a. die Verträge der Krankenkassen mit Sozialstationen und anderen Pflegediensten über häusliche Pflegehilfe nach § 132 Abs. 1 Satz 2 SGB V sowie die Vereinbarungen zwischen der Liga der freien Wohlfahrtspflege und den (überörtlichen) Sozialhilfeträgern über die Erbringung ambulanter oder stationärer Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz.

Die Bestandsschutzgarantie greift allerdings nicht, wenn die Einrichtung die in der Legaldefinition der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung (§ 80) aufgestellten gesetzlichen Anforderungen nicht erfüllt oder nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten bietet (Satz 2 in Verbindung mit § 81 Abs. 3 Satz 1). Dieses erfordert in jedem Einzelfall eine sorgfältige Prüfung durch die Landesverbände der Pflegekassen; dazu gehören insbesondere auch Rückfragen bei den zuständigen Sozialhilfeträgern.

Die Landesverbände der Pflegekassen sind aus Gründen der Rechtssicherheit gehalten, begründete Einwände bis zum Stichtag des 30. Juni 1994 (bei Pflegeheimen bis zum 30. Juni 1996; Absatz 4) gegenüber dem Träger der Pflegeeinrichtung schriftlich geltend zu machen (Satz 2). Der Träger der Einrichtung soll frühzeitig wissen, woran er ist. Die Kassenverbände können den Einwand, daß eine bestimmte Pflegeeinrichtung nicht die gesetzlichen Voraussetzungen

erfüllt, nur gemeinsam geltend machen (§ 90 Abs. 1 Satz 1).

Zu § 83 — Kündigung von Versorgungsverträgen

Die Vorschrift regelt die Kündigung des Versorgungsvertrages. Sie unterscheidet dabei zwischen fristgebundener Kündigung (Absatz 1) und fristloser Kündigung (Absatz 2).

Zu Absatz 1

Grundsätzlich kann jede Vertragspartei den Versorgungsvertrag mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise kündigen (Satz 1). Der Träger der Pflegeeinrichtung kann dies ohne Angabe von Gründen tun. Die Landesverbände der Pflegekassen können dagegen nur mit der ausdrücklichen Begründung kündigen, die Pflegeeinrichtung biete nicht oder nicht mehr die Gewähr für eine wirksame oder wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten (Absatz 1 in Verbindung mit § 81 Abs. 3 Satz 1). Dazu wird ausdrücklich klargestellt, daß die Kündigungstatbestände „nicht nur vorübergehend“ erfüllt sein müssen. Sofern die Kündigung auf unwirtschaftliche Betriebsführung gestützt wird, muß diese daher schon wiederholt festgestellt worden oder nicht mehr behebbar sein. Es darf sich auch nicht um nur geringfügige Unwirtschaftlichkeiten handeln, die durch Abstriche in der Leistungsvergütung ausgeglichen werden könnten. Das gleiche gilt, wenn die Kündigung mit mangelnder Leistungsfähigkeit begründet wird. Die Landesverbände der Pflegekassen können den Versorgungsvertrag überdies nur gemeinsam kündigen (§ 90 Abs. 1 Satz 1).

Die Kündigung des Versorgungsvertrages trifft die Pflegeeinrichtung nicht nur in ihrer wirtschaftlichen Existenz, sie kann insbesondere bei Pflegeheimen auch weitreichende Folgen für die pflegebedürftigen Heimbewohner haben, die gegebenenfalls in andere Pflegeeinrichtungen verlegt werden müssen. Nach Satz 2 müssen daher die Landesverbände vor jeder Kündigung das Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe herstellen. Durch die Beteiligung der Sozialhilfeträger soll sichergestellt werden, daß schon bei der Vorbereitung dieser gravierenden Entscheidung die Belange der Sozialhilfeempfänger berücksichtigt werden, die durch die Kündigung des Versorgungsvertrages mit einem Pflegeheim oder einem ambulanten Pflegedienst mitbetroffen werden.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift räumt den Landesverbänden der Pflegekassen die Möglichkeit ein, den Versorgungsvertrag auch ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist (fristlos) zu kündigen. Satz 1 knüpft die fristlose Kündigung an drei Voraussetzungen:

- Die Pflegeeinrichtung muß ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen verletzt haben.

- Es muß sich um Verpflichtungen gegenüber den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern handeln.

- Die Pflichtverletzung muß derart gröblich sein, daß ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist.

Als Beispiel für eine gröbliche Pflichtverletzung gegenüber den Kostenträgern nennt Satz 2 die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen; eine gröbliche Pflichtverletzung gegenüber einem Pflegebedürftigen nimmt die Vorschrift dann an, wenn dieser durch das Verhalten der Pflegeeinrichtung zu Schaden kommt. Dabei macht es im letzteren Fall keinen Unterschied, ob der Pflegebedürftige (etwa bei Mißhandlungen durch Mitarbeiter der Einrichtung) an Leib und Leben Schaden nimmt oder ob er (z. B. durch Diebstahl oder Betrug) in seinen vermögenswerten Rechten verletzt wird. In beiden Beispielsfällen muß die Pflichtverletzung aber dem Träger des Pflegeheims oder Pflegedienstes zurechenbar und so gröblich sein, daß ein Festhalten an dem Vertrag unzumutbar ist.

Bei Pflegeheimen ist eine fristlose Kündigung des Versorgungsvertrages nach Satz 3 auch dann zulässig, wenn dem Träger nach dem Heimgesetz die Betriebserlaubnis entzogen (§ 15 HeimG) oder der Betrieb des Heims (§ 16 HeimG) untersagt wird. Die Versagungsgründe, die eine so schwerwiegende Maßnahme rechtfertigen, sind abschließend im Heimgesetz aufgeführt. Die Regelung geht davon aus, daß ein Pflegeheim, dem unter den strengen Voraussetzungen des Heimgesetzes die Konzession entzogen oder der Betrieb untersagt wird, auch als Vertragspartner der Pflegeversicherung nicht länger tragbar ist. Die in Satz 4 vorgeschriebene entsprechende Anwendung des Absatzes 1 Satz 2 (Beteiligung des überörtlichen Sozialhilfeträgers) dient dem Schutz der Pflegeeinrichtungen.

Zu Absatz 3

Die Kündigung ist wie die Ablehnung des Versorgungsvertrages durch die Landesverbände der Pflegekassen ein belastender Verwaltungsakt. Absatz 3 gewährt daher den Pflegeeinrichtungen gegen die Kündigung den gleichen Rechtsschutz wie gegen die Versagung des Vertrages.

Zu § 84 — Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung

Die Regelung verpflichtet die Selbstverwaltung, die gesetzlichen Vorgaben für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Pflegebedürftigen, unter Einbeziehung des Sachverständes der überörtlichen Träger der Sozialhilfe durch Rahmenverträge (Landesebene) und Rahmenempfehlungen (Bundesebene) umzusetzen.

Zu Absatz 1

Satz 1 bestimmt die Landesverbände der Pflegekassen und die Trägervereinigungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen als Vertragsparteien. Sie können grundsätzlich nur einheitlich und gemeinsam handeln. Mehrheitsentscheidungen sind nicht vorgesehen. Bei Nichteinigung kann die unabhängige Schiedsstelle angerufen werden (Absatz 3). Die abgeschlossenen Verträge sind nicht nur für die Vertragsparteien, sondern auch für alle Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich (Satz 4). Dadurch wird nach dem Vorbild der zweiseitigen Verträge für den Krankenhausbereich (§ 112 SGB V) ein landesweites materielles Pflegevertragsrecht geschaffen. Die in Absatz 5 vorgesehenen Empfehlungen der Spitzenverbände der Beteiligten zum Inhalt der Rahmenverträge dienen dem Zweck, eine möglichst gleichmäßige Versorgung im gesamten Bundesgebiet zu fördern.

Satz 2 stellt klar, daß die Rahmenverträge für Pflegeeinrichtungen, die (unbeschadet ihrer Rechtsform) einer verfaßten Kirche oder Religionsgemeinschaft oder einem freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, auch von der betreffenden Kirche oder Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden können, dem die Einrichtung angehört. Für die kirchlichen Pflegeeinrichtungen wird damit dem besonderen Selbstbestimmungsrecht der Religionsgemeinschaften in eigenen Angelegenheiten nach Artikel 140 des Grundgesetzes in Verbindung mit Artikel 137 Abs. 3 der Weimarer Reichsverfassung Rechnung getragen. Die Regelung berücksichtigt, daß nach dem Selbstverständnis der Kirchen die Religionsausübung auch das karitative Wirken umfaßt, insbesondere die kirchlich getragene Krankenhaus- und Heimpflege. Von einem vergleichbaren Selbstverständnis sind auch die übrigen freigemeinnützigen Träger in der Liga der freien Wohlfahrtspflege geprägt, die bislang gemeinsam mit den Kirchen und Religionsgemeinschaften die pflegerische Versorgung in Deutschland sichergestellt haben. Dieser besonderen Bedeutung der kirchlichen und freigemeinnützigen Träger wird hier dadurch Rechnung getragen, daß sie sich beim Abschluß der Rahmenverträge auch von ihren Kirchen oder Wohlfahrtsverbänden vertreten lassen können. Für die katholischen, evangelischen oder jüdischen Pflegeeinrichtungen bieten sich dabei in erster Linie die zuständigen Diözesan-Caritasverbände, die Diakonischen Landesverbände oder die Landesverbände der jüdischen Gemeinden, für die übrigen freigemeinnützigen Pflegeeinrichtungen die Liga der freien Wohlfahrtspflege als Vertragspartner an, die natürlich ihre Rahmenverträge auch gemeinsam mit den Landesverbänden der Pflegekassen abschließen können. Die Einbeziehung der kirchlichen und freigemeinnützigen Pflegeeinrichtungen und ihrer Verbände in das Rahmenvertragsrecht entspricht der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 27. Juli 1983 (Az: 2 BvR 1084/83 und 1085/83) zu dem insoweit vergleichbaren Krankenhausbereich. Sie ist dort ausdrücklich als verfassungsgemäß anerkannt worden.

Zu Absatz 2 und 3

Die aufgeführten Vertragsgegenstände sind nicht abschließend; sie zeigen jedoch die wichtigsten Bereiche auf, die im Interesse einer wirksamen Versorgung alsbald nach Inkrafttreten dieses Buches geregelt werden müssen. Die dazu den Vertragsparteien in Absatz 3 gesetzten Fristen mit der Möglichkeit der Ersatzvornahme durch die unabhängige Schiedsstelle verdeutlichen die Dringlichkeit des gesetzlichen Auftrages an die Selbstverwaltung der Beteiligten.

Zu Absatz 4

Die Kündigungsvorschrift in Absatz 4 gilt auch für die von der Landesschiedsstelle im Konfliktfall getroffenen Regelungen. Diese bleiben verbindlich, bis sie nach erfolgter Kündigung durch einen Vertrag nach Absatz 1 ersetzt werden. Die Vertragsparteien können auch ohne Kündigung die Schiedsstellenentscheidung jederzeit durch einen Vertrag ablösen.

Zu Absatz 5

Den Spitzenverbänden der Beteiligten auf Bundesebene wird in Form einer Sollvorschrift aufgegeben, Rahmenempfehlungen zum Inhalt der zweiseitigen Verträge auf Landesebene nach Absatz 1 abzugeben.

Zu § 85 — Schiedsstelle

Den Schiedsstellen, die von der Selbstverwaltung der Beteiligten auf Landesebene zu bilden sind, obliegen zwei Aufgaben:

- Sie bestimmen den Inhalt der Rahmenverträge zur näheren Ausgestaltung der zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten nach § 84, soweit sich die Landesverbände der Pflegekassen und die Trägervereinigungen der Pflegeeinrichtungen im Land hierüber ganz oder teilweise nicht einigen können (§ 84 Abs. 3).
- Sie setzen bei Nichteinigung der Vertragsparteien die Vergütung für die häusliche Pflege (§ 98 Abs. 3 Satz 2) sowie bei der stationären Versorgung die Pflegesätze (§ 94 Abs. 5) und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung (§ 96 Satz 3) fest.

Die Vorgaben über Bildung, Zusammensetzung und Geschäftsführung der Schiedsstellen beschränken sich wegen der in Absatz 5 enthaltenen Verordnungsermächtigung der Landesregierungen auf einige Grundregelungen (Absätze 2 bis 4).

Zum Dritten Abschnitt — Beziehungen
zu sonstigen
Leistungserbringern

Zu § 86 — Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

Zu Absatz 1

Absatz 1 gibt den Pflegekassen die Möglichkeit, neben den Pflegediensten auch Einzelpersonen in die ambulante Versorgung der Versicherten einzubeziehen. Statt einer förmlichen Zulassung durch Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Pflegekassen genügt hier ein Vertrag mit einer Pflegekasse, durch den Inhalt, Umfang, Vergütung sowie die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der vereinbarten Leistungen individuell festgelegt werden. Diese Regelung dient dazu, die Versorgungsangebote der ambulanten Pflegeeinrichtungen durch gezielt eingesetzte, wohnortnahe Hilfen zu ergänzen.

Zu Absatz 2

Die Pflegekassen erfüllen ihren Sicherstellungsauftrag in erster Linie durch den Abschluß von Versorgungsverträgen und Vergütungsvereinbarungen mit den Leistungserbringern (§ 78). Absatz 2, 1. Halbsatz beschränkt daher die häusliche Pflege der Versicherten durch eigenes Pflegepersonal der Pflegekassen auf die Fälle, in denen dies zur Sicherstellung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

Absatz 2, 2. Halbsatz stellt klar, daß für die von den Pflegekassen angestellten Pflegekräfte — insbesondere hinsichtlich der Qualität und Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen — die gleichen Anforderungen gelten wie für die übrigen Pflegeeinrichtungen. Sie genießen also keine Sonderstellung, sondern müssen sich im Wettbewerb mit allen anderen Trägerarten bewähren.

Zu § 87 — Verträge über Pflegehilfsmittel

Die Vorschrift behandelt folgende Bereiche: die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln durch Verträge zwischen den Spitzenverbänden der Pflegekassen und den Leistungserbringern (Absatz 1), die Aufstellung eines Pflegehilfsmittelverzeichnis (Absatz 2), die Festsetzung von Festbeträgen (Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 und Absatz 3) sowie die leihweise Überlassung von Pflegehilfsmitteln (Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 und Absatz 4). Außerdem werden die Spitzenverbände der Pflegekassen in die Pflicht genommen, durch gemeinsame Regelungen zur Durchführung des § 36 Abs. 4 Satz 2 eine gleichmäßige Bemessung der Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes zu gewährleisten (Absatz 2 Satz 1).

Die Verträge nach Absatz 1 sind deswegen auf die Bundesebene gezogen, weil der Katalog der Pflegehilfsmittel begrenzt und daher eine einheitliche, bundesweite Zulassung der Leistungserbringer zweckmäßig ist. Die Aufstellung des Pflegehilfsmittelver-

zeichnisses und die Festbetragsregelungen knüpfen an das bewährte Vorbild des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung zu den Hilfsmitteln an. Die Regelung über die leihweise Überlassung von Pflegehilfsmitteln dient ihrer wirtschaftlichen Nutzung.

Absatz 5 enthält eine Ermächtigung für das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, das Pflegehilfsmittelverzeichnis (Absatz 2) und die Festbeträge (Absatz 3) gegebenenfalls auch im Verordnungswege zu bestimmen.

Zum Vierten Abschnitt — Wirtschaftlich-
keitsprüfungen und
Qualitätssicherung

Zu § 88 — Wirtschaftlichkeitsprüfungen

§ 81 Absatz 3 macht die Zulassung einer Pflegeeinrichtung unter anderem von der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Leistungserbringung abhängig. Durch § 88 wird den Pflegekassen das Recht eingeräumt, die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Pflegeleistungen durch Sachverständige überprüfen zu lassen.

Zu Absatz 1

Die Vorschrift verpflichtet die Landesverbände der Pflegekassen, die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der Pflegeleistungen — gegebenenfalls auch gegen den Willen des Trägers der Pflegeeinrichtung — prüfen zu lassen. Die Entscheidung über die Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsüberprüfung liegt im Ermessen der Landesverbände der Pflegekassen (Satz 1). Allerdings ist — im Interesse der Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebotes — dann eine Prüfung anzusetzen, wenn begründete Anzeichen (etwa bei den Vergütungsverhandlungen) dafür bestehen, daß die Pflegeeinrichtung nicht oder nicht mehr die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bietet (Satz 2).

Eine detaillierte Regelung über die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze ist in Absatz 1 nicht vorgesehen. Die hierzu notwendigen Regelungen sind durch die Pflegekassen und die Trägervereinigungen auf Landesebene im Wege der Rahmenvereinbarungen nach § 84 Abs. 2 Nr. 7 zu treffen.

Der Wirtschaftlichkeitsüberprüfung unterliegen nur die Leistungen von Pflegeeinrichtungen im Sinne der Definition des § 80. Die Wirtschaftlichkeitsüberprüfung der Pflegeleistungen von Einzelpflegern im Sinne des § 86 wird ebenso wie die Wirtschaftlichkeitsüberprüfung der Pflegehilfsmittelversorgung (§ 87 Abs. 1 Satz 2) ausschließlich vertraglich — im Rahmen der Selbstverwaltung — geregelt.

Die Sachverständigen sind durch die Landesverbände der Pflegekassen zu bestellen. Bei der Auswahl der Sachverständigen ist deren Unabhängigkeit und fachliche Eignung ausschlaggebend. Die Bestellung unabhängiger Sachverständiger wird durch die Ver-

lagerung der Auswahl auf die Landesebene begünstigt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 verpflichtet die Pflegeeinrichtungen und ihre Mitarbeiter, notwendige Prüfungsunterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Art und Umfang der Unterlagen und Auskünfte sind in den Rahmenvereinbarungen der Selbstverwaltung über die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 84 Abs. 2 Nr. 7) festzulegen.

Zu Absatz 3

Die Feststellung des Prüfungsergebnisses obliegt den Landesverbänden der Pflegekassen, ohne daß — wie beispielsweise nach § 106 Abs. 4 SGB V — ein gemeinsames Gremium der Pflegekassen und Leistungserbringer hierüber entscheidet. Soweit sich aus der Prüfung die unwirtschaftliche Leistungserbringung ergibt, kann dies zur Grundlage für eine Kündigung des Versorgungsvertrages gemäß § 83 gemacht werden. Hiergegen ist der Klageweg gegeben. Dadurch wird eine Überprüfung des Prüfungsergebnisses gewährleistet (§ 83 Abs. 3 in Verbindung mit § 82 Abs. 2).

Auch unterhalb der Schwelle einer Kündigung des Versorgungsvertrages muß eine angemessene Berücksichtigung des Prüfungsergebnisses möglich sein. Daher ist in Absatz 3 ausdrücklich vorgeschrieben, daß das Prüfungsergebnis bei der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung zu beachten ist. Diese Regelung kann sich bei der Preisgestaltung sowohl zugunsten als auch zu Lasten der Pflegeeinrichtungen auswirken.

Zu § 89 — Qualitätssicherung

Der gesetzliche Auftrag an die Pflegekassen, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (§ 78), erfordert eine ständige Sicherung der Qualität der Pflege. Zu diesem Zweck verbindet § 89 folgende Maßnahmen zu einem einheitlichen System der Qualitätssicherung:

- Die Selbstverwaltung der Beteiligten wird in die Pflicht genommen, auf Bundesebene Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für das Verfahren zur Durchführung der Qualitätssicherung zu vereinbaren (Absatz 1).
- Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Dazu gehört, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung die Über-

prüfung der Qualität ihrer Leistungen (einschließlich der Prozeß- und Ergebnisqualität) durch Einzelprüfungen, Stichproben oder vergleichende Prüfungen zu ermöglichen (Absatz 2).

- Die Landesverbände der Pflegekassen erhalten die Möglichkeit, unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit durch geeignete Maßnahmen auf eine Abstellung der festgestellten Mängel hinzuwirken. Dazu gehört als letztes Mittel die Kündigung des Versorgungsvertrages (Absatz 3).

Zur Wahrung ihrer schutzwürdigen Interessen können die Pflegeeinrichtungen die Sozialgerichte anrufen (Absatz 3 Satz 4 in Verbindung mit § 82 Abs. 2).

Für die häusliche Pflege durch Angehörige oder andere nahestehende Pflegepersonen ist die Qualitätssicherung nicht förmlich geregelt. Hier ist es jedoch Aufgabe des Medizinischen Dienstes, dafür zu sorgen, daß bei der Inanspruchnahme des Pflegegeldes die Qualität der damit selbst beschafften Pflege gewährleistet ist (§ 33 Abs. 1 Satz 2).

Absatz 4 ermächtigt das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, den Inhalt der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach Absatz 1 im Wege der Ersatzvornahme durch Rechtsverordnung zu bestimmen, wenn die Beteiligten in der vorgesehenen Frist (bis Ende 1994) nicht ihrem gesetzlichen Auftrag zum Abschluß entsprechender Vereinbarungen nachkommen.

Zu § 90 — Verfahrensregelungen

Die Vorschrift regelt das Verfahren und die Konfliktlösung bei Wahrnehmung ihrer Aufgaben durch die Pflegekassenverbände nach dem Siebten und Achten Kapitel.

Absatz 1 Satz 1 bestimmt, daß die Landesverbände der Pflegekassen die ihnen nach den beiden Kapiteln übertragenen Aufgaben nur gemeinsam wahrnehmen können. Das gleiche gilt nach Absatz 2 für die Spitzenverbände der Pflegekassen.

Für den Fall, daß sich die Landesverbände der Pflegekassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben — z. B. über den Abschluß eines Versorgungsvertrages mit dem Träger eines Pflegeheimes — nicht einigen können, verweist Absatz 1 Satz 2 auf die entsprechende Anwendung des für die Spitzenverbände der Krankenkassen geltenden Verfahrens zur Konfliktlösung nach § 213 Abs. 2 SGB V. Danach gilt — auf das Beispiel des Versorgungsvertrages übertragen — folgendes:

- In § 213 Abs. 2 Satz 1 SGB V ist den Kassenverbänden aufgegeben, sich über Abschluß oder Ablehnung eines Versorgungsvertrages zu einigen. Dies ist allerdings nur eine Sollvorschrift.
- Bei Nichteinigung entscheidet ein von den Kassenverbänden gebildetes Gremium, das aus neun Mitgliedern besteht, und zwar aus drei Vertretern der Ortspflegekassen, zwei Vertretern der Ersatz-

kassen und je einem Vertreter der Betriebspflegekassen, der Innungspflegekassen, der landwirtschaftlichen Pflegekassen und der Bundesknappschaft (§ 213 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Die Beschlüsse werden mit der Mehrheit der Vertreter gefaßt.

Auf diese Weise ist sichergestellt, daß stets Mehrheitsentscheidungen über Abschluß, Ablehnung oder Kündigung eines Versorgungsvertrages oder über andere Aufgaben zustande kommen, die die Kassenverbände gemeinsam wahrzunehmen haben.

Zum Achten Kapitel — Pflegevergütung und Investitionsfinanzierung der Pflegeeinrichtungen

Allgemeines

Das Achte Kapitel regelt die Pflegevergütung und die Investitionsfinanzierung der Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage eines monistischen Finanzierungssystems.

Der Erste Abschnitt konkretisiert diesen Finanzierungsrahmen. Hiernach sind sowohl die notwendigen Investitionen der Pflegeeinrichtungen als auch die Vergütung der pflegebedingten Leistungen von der Pflegeversicherung zu tragen. Die Investitionen werden durch einen gesondert ausgewiesenen Investitionszuschlag auf die Pflegevergütung finanziert. Die Bundesregierung wird ermächtigt, die Einzelheiten durch eine Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu regeln.

Der Zweite Abschnitt regelt die Vergütung der stationären und ambulanten Pflegeleistungen. Die Vergütung ist für beide Bereiche zwischen dem Träger der einzelnen Pflegeeinrichtung und den vor Ort als Kostenträger betroffenen Pflegekassen und sonstigen Sozialleistungsträgern (Vertragsparteien) auszuhandeln. Bei Nichteinigung entscheidet eine unabhängige Schiedsstelle.

Im stationären Bereich umfassen die von den Vertragsparteien auszuhandelnden Pflegesätze neben dem Investitionszuschlag grundsätzlich nur die Vergütung der sogenannten pflegebedingten Leistungen (allgemeine Pflegeleistungen). Das sind alle Leistungen des Pflegeheims, die für die voll- oder teilstationäre Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlich sind, mit Ausnahme von Unterkunft und Verpflegung, für die der Pflegebedürftige selbst aufzukommen hat. Aber auch insoweit ist der Pflegebedürftige nicht schutzlos. Die als Pflegesatzparteien betroffenen Pflegekassen und sonstigen Sozialleistungsträger erhalten vielmehr — als Sachwalter der Interessen der Pflegebedürftigen — den gesetzlichen Auftrag, durch Vereinbarungen mit den Trägern der Pflegeheime zu gewährleisten, daß die von dem Pflegebedürftigen zu tragenden Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in einem angemessenen Verhältnis zu den von dem Pflegeheim angebotenen Leistungen stehen.

Neben den Entgelten für die allgemeinen Pflegeleistungen können die Pflegeheime für diesen Bereich

Zusatzleistungen („Wahlleistungen“) anbieten und berechnen, die über das Notwendige hinausgehen.

Auch für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen gilt grundsätzlich das Vereinbarungsprinzip. Hier ist jedoch dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung die Ermächtigung eingeräumt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung zu erlassen. Dadurch sollen Anreize für eine kostengünstige Leistungserbringung geschaffen werden.

Zu den Einzelschriften

Zum Ersten Abschnitt — Allgemeine Vorschriften

Zu § 91 — Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

Mit dieser Vorschrift wird für die Pflegeeinrichtungen das sogenannte „monistische“ Finanzierungssystem eingeführt. Kennzeichnend für dieses System ist, daß sowohl die laufenden Betriebsaufwendungen als auch die notwendigen Investitionen der Pflegeeinrichtungen „aus einer Hand“ über den Preis (Pflegevergütung) finanziert werden. Hierdurch unterscheidet es sich von dem sogenannten „dualen“ Finanzierungssystem nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, wonach die betriebsnotwendigen Investitionen von der öffentlichen Hand (Länder, Kommunen) und die laufenden Betriebs- und Behandlungskosten von den Patienten oder ihren Kostenträgern (Krankenkassen, Sozialhilfe) zu tragen sind.

Zu Absatz 1

In Satz 1 wird der „monistische“ Finanzierungsrahmen für die Pflegeeinrichtungen festgelegt. Danach erhalten die zugelassenen Pflegeheime und Pflegedienste eine leistungsgerechte Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen (Nummer 1) sowie einen Zuschlag auf die Pflegevergütung zur Finanzierung ihrer betriebsnotwendigen Investitionen (Nummer 2). Die Bemessung der „vergütungsfähigen“ Investitionsaufwendungen regelt § 100. Die Finanzierung erfolgt durch einen Investitionszuschlag auf die Pflegevergütung, der in der Vergütungsvereinbarung gesondert auszuweisen ist (§§ 93 Abs. 1 Satz 2, 98 Abs. 1 Satz 4). Hierdurch sollen nicht nur die Transparenz der verschiedenen Kostenbestandteile im Pflegesatz und in der „ambulanten“ Pflegevergütung (auch im Vergleich zwischen den Pflegeeinrichtungen) gewährleistet werden; es soll zugleich verhindert werden, daß (etwa zu aufwendige) Investitionsaufwendungen zum Nachteil der Pflegebedürftigen in die Vergütung der eigentlichen pflegebedingten Leistungen verlagert werden.

Beide Ansprüche (auf Pflegevergütung und Investitionszuschlag) richten sich gegen die Pflegebedürftigen oder ihre Kostenträger, in erster Linie also gegen die Pflegekassen (Satz 2). Sie stehen aber unter dem Vorbehalt, daß sie nur „nach Maßgabe“ des Achten Kapitels gewährt werden. Das bedeutet: Es gilt das

Vereinbarungsprinzip (§§ 94, 98 und 100). Im Konfliktfall entscheidet eine unabhängige Schiedsstelle (§ 94 Abs. 5 mit entsprechenden Verweisungen auf diese Vorschrift in § 98 Abs. 3 Satz 2 und in § 100 Abs. 5 Satz 3).

Im Unterschied zu den bis Ende 1992 geltenden Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (§§ 4 Satz 2 und 17 Abs. 1 KHG a. F.) erhalten die Pflegeeinrichtungen keine Selbstkostendeckungsgarantie. Dieses Prinzip hat sich auch im Krankenhausbereich nicht bewährt und ist dort daher durch das Gesundheitsstrukturgesetz (Artikel 11) vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266, 2309) aufgehoben worden. Statt Selbstkostenerstattung erhalten die Pflegeeinrichtungen in Satz 1 (in Verbindung mit den §§ 93 Abs. 2 und 98 Abs. 1) einen Anspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung, die sie allerdings mit den Pflegekassen aushandeln müssen (vgl. §§ 94 und 98). Soweit die vereinbarten Pflegesätze die den Pflegekassen vorgegebenen leistungsrechtlichen Obergrenzen überschreiten, sind sie von den Pflegebedürftigen selbst, bei Bedürftigkeit gegebenenfalls von der Sozialhilfe zu zahlen.

In Satz 3 ist in Ausführung des § 4 Abs. 2 bestimmt, daß der Pflegebedürftige bei vollstationärer Pflege die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung selbst zu tragen hat. Er wird insoweit den Pflegebedürftigen gleichgestellt, die zu Hause gepflegt werden und dort ebenfalls für ihre normalen Lebensführungskosten aufkommen müssen. Eine stationäre Vollversorgung durch die Pflegeversicherung erscheint im Interesse der Pflegebedürftigen auch aus sozial- und familienpolitischen Gründen nicht angezeigt. Sie würde insbesondere bei pflegebedürftigen Rentnern, die durchaus noch in ihrer Familie versorgt werden könnten, den Anreiz zur „Abschiebung“ ins Heim verstärken. Eine Übernahme der vollen Heimkosten durch die Pflegekassen (ohne Eigenleistung des Betroffenen) würde die im Heim untergebrachten pflegebedürftigen Rentner im Verhältnis zu den zu Hause gepflegten Rentnern nicht nur finanziell besser stellen; sie würde überdies Anreize dafür schaffen, nur leicht Pflegebedürftige oder gar rüstige ältere Menschen, die nicht in ein Heim gehören, in den Status „vollstationärer“ Pflegebedürftigkeit zu drängen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift hat eine doppelte Zielrichtung: Sie will zunächst verhindern, daß in der Pflegevergütung, im Investitionszuschlag und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung Investitions- oder sonstige Aufwendungen geltend gemacht werden, die bereits anderweitig nach Bundes- oder Landesrecht gefördert werden (Satz 1). Das schließt nicht aus, daß Länder oder Kommunen wie bisher allen oder bestimmten Gruppen von Pflegeeinrichtungen Investitionszuschüsse oder mitunter auch Betriebskostenzuschüsse gewähren. Diese dürfen nur nicht über die Leistungsentgelte oder über den Investitionszuschlag zu Lasten der Pflegebedürftigen oder ihrer Kostenträger refinanziert werden; deswegen sieht Satz 2 eine Ausgliederung solcher Zuschüsse aus der Pflegevergütung

und dem Investitionszuschlag vor. Damit sollen überdies gleiche Wettbewerbschancen für alle Trägergruppen gewährleistet werden. Freigemeinnützige und private Pflegedienste und Pflegeheime können, im Gegensatz zu Pflegeeinrichtungen in öffentlicher Trägerschaft, in der Regel nicht auf zusätzliche Betriebs- und Investitionskostenzuschüsse ihrer Träger zurückgreifen. Diese Wettbewerbsverzerrungen sollen durch die Regelung in Satz 2 bereits im Ansatz vermieden werden.

Satz 3 bezweckt, die Pflegevergütung von Kosten für Leistungen freizuhalten, die nicht der ambulanten oder stationären Pflege im Sinne dieses Buches dienen. Eine solche Gefahr besteht insbesondere bei gemischten Einrichtungen, die neben der Pflege auch sonstige Leistungen anbieten, etwa in der Jugend-, Behinderten- oder Altenhilfe, deren Finanzierung nicht Aufgabe der Pflegeversicherung ist.

Zu § 92 — Verordnung zur Regelung der Pflegevergütung

Durch die Rechtsverordnung sollen die notwendigen ergänzenden Bestimmungen zu den einzelnen Gesetzesvorschriften getroffen werden. Es handelt sich hierbei um Detailregelungen, die wegen ihrer mehr technischen Natur und wegen der Notwendigkeit ihrer Anpassung an veränderte Verhältnisse zweckmäßig nicht im Gesetz zu regeln sind.

Bei den in Absatz 1 Nr. 2 und 5 genannten Regelungsbereichen hat grundsätzlich die Selbstverwaltung Vorrang. Hier soll der Ordnungsgeber nur und erst dann tätig werden, wenn Rahmenregelungen nach § 84 nicht fristgemäß zustande kommen oder hinter den gesetzlichen Vorgaben zurückbleiben.

Zum Zweiten Abschnitt — Pflegevergütung

Zum Ersten Titel — Vergütung der stationären Pflegeleistungen

Zu § 93 — Bemessungsgrundsätze

Die Vorschrift betrifft im wesentlichen materielles Pflegesatzrecht. Sie enthält die inhaltlichen Vorgaben für die Vergütung der stationären Pflegeleistungen. Dadurch soll sichergestellt werden, daß bei der Bemessung der Pflegesätze von einheitlichen Grundsätzen ausgegangen wird. Das Pflegesatzverfahren ist in § 94 geregelt.

Das Pflegesatzrecht gilt nur für Pflegeheime, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Pflegekassen abgeschlossen haben (vgl. § 81 Abs. 4 Satz 3).

Zu Absatz 1

Nach der Legaldefinition des Absatzes 1 sind die Pflegesätze die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die voll- oder teilstationären

Leistungen des Pflegeheims. Die Investitionszuschüsse sind ein gesondert auszuweisender Teil der Pflegevergütung; ihre Bemessung richtet sich nach § 100. Der Blick auf die §§ 91 Abs. 1 Satz 3 und 96 zeigt, daß in die Pflegesätze keine Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eingehen dürfen. Hierfür hat der Pflegebedürftige selbst aufzukommen.

Zu Absatz 2

Satz 1 stellt die zwingende Regel auf, daß die Pflegesätze leistungsgerecht sein müssen. Darin liegt für die Pflegeversicherung eine klare Absage an jegliche Form der Kostenerstattung, wie sie bislang im Bundessozialhilfegesetz für die Pflegeheime (§ 93 Abs. 2 BSHG) vorgesehen ist und — bis zum Erlass des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) — nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (§§ 4 Satz 2 und 17 Abs. 1 KHG a.F.) in Gestalt des Selbstkostendeckungsprinzips für die Krankenhäuser vorgesehen war.

Der Pflegesatz, der hier vorgeschlagen wird, hat nicht mehr die Funktion, Kosten in weitgehender Abstraktion von erbrachten Leistungen zu ersetzen, sondern konkrete vollstationäre oder teilstationäre Pflegeleistungen zu vergüten, und zwar differenziert nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt. Zu diesem Zweck ist bei Pflegeheimen, die Pflegebedürftige unterschiedlicher Pflegestufen versorgen, eine Abstufung der Pflegesätze nach Vergütungsklassen („Pflegeklassen“) vorzunehmen (Satz 2). Eine solche Einteilung in Pflegeklassen gibt es in der Praxis bereits heute für die Pflegesätze, die nach dem Bundessozialhilfegesetz (§ 93 Abs. 2 BSHG) vereinbart werden, wobei in einigen Bundesländern auch zwei oder vier Pflegeklassen üblich sind.

Bei der (vergütungsrechtlichen) Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen kann als generelle Richtschnur von ihrer (leistungsrechtlichen) Einteilung in die Pflegestufen nach § 13 ausgegangen werden. Denn der für die einzelnen Pflegestufen maßgebliche Hilfebedarf ist im Ansatz für den ambulanten und dem stationären Bereich gleich; bei der stationären Pflege kommt nur das Erfordernis der Unterbringung und umfassenden Versorgung in einem Pflegeheim hinzu. Soweit im Einzelfall Pflegestufe und Pflegeklasse von dem erforderlichen Versorgungsaufwand her nicht übereinstimmen, kann der Pflegebedürftige auch einer anderen Pflegeklasse zugeordnet werden, z. B. ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe I der Pflegeklasse III oder umgekehrt. Das setzt allerdings eine gemeinsame Beurteilung durch den Medizinischen Dienst und die Pflegeleitung des Pflegeheims voraus (Satz 3), um sicherzustellen, daß dem individuellen Pflegebedarf des einzelnen voll Rechnung getragen wird.

Die auf diese Weise differenzierte Vergütung ist so zu bemessen, daß das Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung seinen Versorgungsauftrag erfüllen kann (Satz 3).

Satz 4 unterstreicht die Ausrichtung der Pflegesätze auf eine leistungsgerechte Preisgestaltung dadurch, daß er für das Pflegeheim die Möglichkeit eröffnet, Gewinne zu erzielen, verbunden allerdings mit dem Risiko, auch Verluste zu machen, für die es selbst geradestehen muß. Dadurch sollen verstärkte Anreize zu einer wirtschaftlichen Betriebsführung geschaffen werden.

Satz 5 gebietet, daß bei der Bemessung der Pflegesätze der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten ist. Pflegesätze, deren vereinbarte Steigerungsrate diesem Grundsatz widerspricht, sind von Gesetzes wegen nichtig (§ 79 Abs. 2).

Zu Absatz 3

Die Regelung schreibt zwingend vor, daß die Pflegesätze für alle Heimbewohner nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen sind. Dies gilt auch für den Selbstzahler, der keinen öffentlichen Kostenträger hat, sondern den Pflegesatz „privat“ bezahlen muß. Auch ihm darf kein höherer Pflegesatz berechnet werden als dem „Kassenpatienten“. Die Regelung verbietet darüber hinaus eine Differenzierung der Pflegesätze nach Kostenträgern. Das bedeutet unter anderem, daß ein Pflegeheim einer bestimmten Kassenart keine „Rabatte“ auf den (nach § 94) vereinbarten oder festgesetzten Pflegesatz geben darf.

Zu Absatz 4

Satz 1 stellt klar, daß mit dem (nach Pflegeklassen abgestuften) Pflegesatz die allgemeinen Pflegeleistungen (vgl. § 39 Abs. 2) abgegolten sind; das sind alle für die stationäre Versorgung des Pflegebedürftigen erforderlichen Pflegeleistungen des Pflegeheims.

Die Regelung geht davon aus, daß Pflegeheime, die in Ausübung ihrer Vertragsfreiheit eine Pflegesatzvereinbarung nach § 94 abschließen, in der Lage sind, mit dem von ihnen vereinbarten Preis auszukommen. Soweit der vereinbarte Pflegesatz die leistungswirtschaftlichen Obergrenzen der Pflegeklassen übersteigt, ist das Pflegeheim befugt, den überschüssigen Teil dem Pflegebedürftigen selbst oder gegebenenfalls dem zuständigen Sozialhilfeträger in Rechnung zu stellen. Denn kein Pflegeheim kann gezwungen werden, seine Leistungen unterhalb seiner „Gestehungskosten“ anzubieten.

Zu § 94 — Pflegesatzverfahren

Die Vorschrift steckt den Rahmen für das Pflegesatzverfahren ab. Kernpunkte sind das Vereinbarungsprinzip, die prospektive Ausrichtung der Pflegesätze sowie die Konfliktlösung durch eine unabhängige Schiedsstelle.

Zu Absatz 1

In Absatz 1 ist das Vereinbarungsprinzip als Grundnorm des Pflegesatzverfahrens verankert. Hiernach werden die Pflegesätze für das einzelne Pflegeheim zwischen seinem Träger und den in Absatz 2 bezeichneten Sozialleistungsträgern vereinbart. Das bisherige Vergütungssystem nach dem Heimgesetz, wonach der Heimträger die Pflegesätze mit oder ohne Zustimmung der Heimbewohner einseitig erhöhen konnte (§ 4c HeimG), wird für die zugelassenen Pflegeheime durch das Vereinbarungsprinzip abgelöst. Das liegt in der Natur und der Konsequenz des Sicherstellungsauftrages, wonach die Pflegekassen durch Versorgungs- und Vergütungsverträge mit den Leistungserbringern (hier den Pflegeheimen) eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemeinen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten haben (§ 78). Für die Vereinbarung von Investitionszuschlägen gilt § 100 (Satz 2).

Zu Absatz 2

Die Pflegesatzvereinbarung ist wie der (statusbegründende) Versorgungsvertrag, durch den ein Pflegeheim generell zur Versorgung der Versicherten zugelassen wird (§ 81), ein öffentlich-rechtlicher Vertrag, bei dem sich beide Vertragsparteien — Heimträger und Leistungsträger — gleichrangig und gleichberechtigt gegenüberstehen. Die Einbindung des Pflegeheims in ein solches öffentlich-rechtliches Zulassungs- und Vergütungssystem kann nur mit der ausdrücklichen Zustimmung des betroffenen Trägers erfolgen. Für beide Regelkreise — Versorgungsvertrag wie Pflegesatzvereinbarung — gilt daher (wie bei den Krankenhäusern und den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen) das sogenannte Individualprinzip. Vertragspartner der Pflegekassen ist in beiden Fällen grundsätzlich der Träger der einzelnen Pflegeeinrichtung, nicht die Verbandsebene (§§ 81 Abs. 2 und 94 Abs. 1 und 2). Das schließt nicht aus, daß der einzelne Träger sich nach den allgemeinen Grundsätzen des Vertragsrechts bei den Pflegesatzverhandlungen und dem Abschluß der Pflegesatzvereinbarung durch Dritte (darunter seinem Verband) vertreten lassen oder von der Möglichkeit Gebrauch machen kann, seine Pflegesätze durch die Pflegesatzkommission nach § 95 aushandeln zu lassen.

Auf Seiten der Leistungsträger bestimmt Absatz 2 die Pflegekassen, sonstige Sozialversicherungsträger und den für das Pflegeheim zuständigen Träger der Sozialhilfe als Vertragsparteien. Neben den Pflegekassen kann hiernach z. B. auch ein Träger der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung Vertragspartei sein. Voraussetzung ist allerdings, daß die betreffende Pflegekasse oder der betreffende Sozialleistungsträger wenigstens fünf Prozent der Pflegetage des Pflegeheims abrechnet. Die Fünf-Prozent-Schwelle hat den Zweck, die Zahl der Vertragspartner des Pflegeheims nicht unpraktikabel hoch werden zu lassen.

Satz 2 eröffnet den Trägervereinigungen der Pflegeheime im Land, den Landesverbänden der Pflegekassen, den Verbänden der privaten Pflegeversicherung sowie Arbeitsgemeinschaften von Leistungsträgern die Möglichkeit, sich am Pflegesatzverfahren zu beteiligen. Damit soll sichergestellt werden, daß auch überörtliche und regionale Belange im Pflegesatzverfahren zu Gehör kommen.

Zu Absatz 3

Satz 1 erhebt die prospektive Ausrichtung der Pflegesätze zum zwingenden Prinzip. Pflegesatzvereinbarungen dürfen nur im voraus — vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode des Pflegeheims — für einen zukünftigen Pflegesatzzeitraum getroffen werden. Diese Regelung wird in Absatz 6 Satz 2 dadurch unterstrichen, daß ein rückwirkendes Inkrafttreten von Pflegesätzen für unzulässig erklärt wird. Hierdurch soll erreicht werden, daß die in den Pflegesatzverhandlungen festgelegten Vorgaben auch tatsächlich eingehalten werden können. Bei einer rückwirkenden Festlegung der Pflegesätze blieben derartige Vorgaben in aller Regel ohne Auswirkungen.

Satz 2 konkretisiert die Informationspflichten des Pflegeheims im Rahmen des Pflegesatzverfahrens. Statt Kostenerstattung setzt das Pflege-Versicherungsgesetz auf leistungsgerechte Preise. Die Nachweispflichten des Pflegeheims konzentrieren sich daher auf Leistungsnachweise (Pflegedokumentation, Leistungsbelege). Ein Kostennachweis nach dem Vorbild des Krankenhausbereichs ist nicht vorgesehen. Soweit zur Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit erforderlich, hat das Pflegeheim zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierher gehören insbesondere Angaben zur personellen und sachlichen Ausstattung des Pflegeheims (Satz 3).

Zu Absatz 4

Die in Satz 1 vorgesehene Regelung über das Zustandekommen der Pflegesatzvereinbarung entspricht den allgemeinen Grundsätzen des Vertragsrechts. Sie stellt klar, daß für einen rechtswirksamen Abschluß der Pflegesatzvereinbarung die Zustimmung der Vertragsparteien genügt, die an der Pflegesatzverhandlung teilgenommen haben. Wenn dabei die Kostenträger untereinander uneins sind, reicht es, wenn ihre Mehrheit der Vereinbarung zustimmt. Dadurch soll verhindert werden, daß der zügige Abschluß neuer Pflegesatzvereinbarungen von einer Minderheit der Kostenträger blockiert werden kann. Satz 2 schreibt aus Gründen der Rechtssicherheit für die Pflegesatzvereinbarung die Schriftform vor. Die gleiche Anforderung stellt Satz 3 an die Verhandlungsvollmacht, wenn ein Vertragspartner sich durch Dritte vertreten läßt. Dadurch soll, auch im Interesse eines zügigen Pflegesatzverfahrens, sichergestellt werden, daß der Vertreter die erforderliche Verhandlungs- und Abschlußvollmacht besitzt. Beauftragter Dritter in diesem Sinn kann für den Träger des Pflegeheims z. B. auch eine Trägervereinigung oder die Liga der freien

Wohlfahrtspflege sein; die Pflegekassen können sich gegenseitig, durch Arbeitsgemeinschaften oder ihre Landesverbände vertreten lassen. Erforderlich ist stets, daß sie ihre Vertretungsbefugnis vor Verhandlungsbeginn den übrigen Vertragsparteien nachweisen.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift setzt den Rahmen für eine zügige Durchführung der Pflegesatzverhandlungen und regelt die Konfliktlösung durch die nach § 85 gebildete unabhängige Schiedsstelle für den Fall, daß sich die Vertragsparteien nicht auf eine (neue) Pflegesatzvereinbarung verständigen (Satz 1). Die Festsetzung durch die Schiedsstelle ist wie die Vereinbarung der Pflegesätze für alle Benutzer des Pflegeheims unmittelbar verbindlich. Für die Entscheidung der Schiedsstelle ist zwar keine förmliche Frist vorgegeben; durch die Formulierung „unverzüglich“ soll aber deutlich gemacht werden, daß die Entscheidung keinen Aufschub verträgt und grundsätzlich innerhalb von 4 bis 6 Wochen ergehen sollte. Satz 2 eröffnet gegen die Festsetzung der Schiedsstelle den Sozialgerichtsweg.

Zu Absatz 6

Satz 1 überläßt es den Vertragsparteien und (bei Streitentscheidungen) der Schiedsstelle, den Zeitpunkt des Inkrafttretens festzulegen. Ein rückwirkendes Inkrafttreten ist nicht zulässig (Satz 2); dadurch soll die prospektive Ausrichtung der Pflegesätze abgesichert und von vornherein dem Entstehen einer Kostenerstattungsmentalität entgegengewirkt werden. Um einen nahtlosen zeitlichen Übergang von einer Pflegesatzvereinbarung zur anderen zu gewährleisten, sieht Satz 3 vor, daß die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze bis zum Inkrafttreten neuer Pflegesätze weitergelten.

Zu Absatz 7

Die Vorschrift ist eine Ausnahmeregelung, von der in der Praxis nur Gebrauch gemacht werden kann, wenn wesentliche, unvorhersehbare Änderungen in der Geschäftsgrundlage der Pflegesatzvereinbarung diese insgesamt in Frage stellen. Zu einer Neuverhandlung der Pflegesätze kommt es nur dann, wenn alle Vertragsparteien sich darauf verständigen; erzielen sie keine Einigung, entscheidet die Schiedsstelle.

Zu § 95 — Pflegesatzkommission

Zu Absatz 1

Die Vorschrift knüpft an die Praxis der Pflegesatzverhandlungen nach § 93 Abs. 2 BSHG an. Sie ermöglicht — abweichend von dem Pflegesatzverfahren nach § 94 Abs. 1 — „kollektive“ Pflegesatzverhandlungen

in Pflegesatzkommissionen. Pflegesatzparteien sind nicht das einzelne Pflegeheim und die vor Ort betroffenen Leistungsträger, sondern deren Verbände oder Vereinigungen im Land (Satz 1). Da die Vereinigungen der Pflegeheimträger in der Regel nicht befugt sind, für ihre Mitglieder verbindliche Rechtsgeschäfte einzugehen, können in der Pflegesatzkommission die Pflegesätze nur für solche Pflegeheime ausgehandelt werden, die diesem Verfahren vorher ausdrücklich zugestimmt haben. Im übrigen finden die Grundregeln des Pflegesatzverfahrens nach § 94 Abs. 3 bis 7, darunter die prospektive Ausrichtung der Pflegesätze und die Konfliktlösung durch die unabhängige Schiedsstelle, entsprechende Anwendung (Satz 1).

Zu Absatz 2

Die pflegerische Versorgung in Pflegeheimen besteht im wesentlichen in der Grundpflege. Sie ist daher sehr viel homogener als die stationäre Versorgung in den Krankenhäusern, in denen derzeit rd. 60 000 bekannte Krankheitsarten behandelt werden. Deswegen ermutigt Absatz 2 die Pflegesatzkommissionen, für Gruppen gleichartiger oder vergleichbarer Pflegeheime einheitliche Pflegesätze (Gruppenpflegesätze) auszuhandeln. Solche Gruppenpflegesätze sind nicht nur geeignet, innerhalb der Gruppe und im Verhältnis zu anderen Pflegeheimen als Maßstab für eine wirtschaftliche und leistungsfähige Versorgung der Pflegebedürftigen zu dienen; sie bieten darüber hinaus (als Durchschnittspflegesätze) den Pflegeheimen in der Gruppe erhöhte Chancen und Anreize, Gewinne zu erzielen, die für eine wirtschaftliche Betriebsführung kennzeichnend sind.

Zu Absatz 3

Die in Satz 1 vorgesehenen Rahmenvereinbarungen dienen dem Zweck, die gegenseitigen Rechte und Pflichten der Vertragsparteien zu bestimmen und verlässliche Grundregeln für das Pflegesatzverfahren im Einzelfall zu entwickeln. In solchen Vereinbarungen kann zum Beispiel auch die Pflegesatzberechnung für Zeiten der Beurlaubung oder Abwesenheit des Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim oder die Abrechnung der Pflegesätze mit Hilfe von maschinenlesbaren Datenträgern (Disketten, Magnetbänder) geregelt werden. Solche heimindividuellen Rahmenvereinbarungen sind allerdings nur zulässig, soweit und solange die betreffenden Regelungsgegenstände noch nicht durch Rahmenverträge der Selbstverwaltung auf Landesebene nach § 84 Abs. 2 geregelt sind (Satz 2).

Zu § 96 — Unterkunft und Verpflegung

Die Regelung knüpft im Ansatz an das System der Pflegesatzvereinbarungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (§ 93 Abs. 2 BSHG) an. Dort umfaßt der von den Sozialhilfeträgern mit den Trägern der Pflegeheime oder ihren Verbänden ausgehandelte Pflege-

satz ebenfalls den Anteil für Unterkunft und Verpflegung; allerdings mit dem Unterschied, daß dieser Anteil in der Regel nicht gesondert in dem vollpauschalisierten Pflegesatz ausgewiesen ist.

Mit der Übernahme und Konkretisierung dieses Grundansatzes in Satz 1 werden die als Pflegesatzparteien betroffenen Leistungsträger in die Pflicht genommen, neben den Pflegesätzen für die pflegebedingten Leistungen auch die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung auszuhandeln, und zwar auch insoweit, als von der Sozialhilfe unabhängige Pflegebedürftige hierfür selbst aufzukommen haben. Die Pflegekassen und die übrigen Kostenträger handeln insoweit als Sachwalter für die Interessen der Pflegebedürftigen. Durch diese Regelung soll sichergestellt werden, daß die von den Pflegeheimen angebotene Unterkunft und Verpflegung in einem angemessenen Verhältnis zu den von ihnen geforderten Entgelten stehen (Satz 2).

Der Verweis auf § 93 Abs. 4 (in Satz 3) stellt klar, daß mit den so vereinbarten Entgelten alle Leistungen abgegolten sind, die für die Unterbringung und Verpflegung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Diese Regelung wird in § 97 Abs. 1 Satz 1 abgesichert. Danach können die Pflegeheime bei Unterkunft und Verpflegung auch weiterhin gesondert berechenbare Zusatzleistungen anbieten; diese sind aber auf solche Leistungen beschränkt, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen. Für notwendige Leistungen dürfen selbst dann keine Zuschläge gefordert werden, wenn sie wie beispielsweise technisch besonders aufwendige Pflegebetten oder Diätverpflegung das Maß des Normalen überschreiten (vgl. auch Begründung zu § 97).

Für die Preisverhandlungen gelten die Regeln des Pflegesatzverfahrens nach §§ 94, 95 (Vereinbarungsprinzip; Konfliktlösung durch eine unabhängige Schiedsstelle) entsprechend (Satz 3).

Zu § 97 — Zusatzleistungen

Die Vorschrift regelt das Angebot und die Berechnung von Zusatzleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie in der pflegerischen Betreuung.

Zu Absatz 1

Den Pflegeheimen bleibt es nach Satz 1 Nr. 1 weiterhin gestattet, bei Unterkunft und Verpflegung sogenannte Zusatzleistungen anzubieten und gesondert zu berechnen. Diese Möglichkeit wird aber ausdrücklich auf Leistungen beschränkt, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen. Leistungen, die für die Unterbringung und Verpflegung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlich sind, können nicht Gegenstand von Vereinbarungen über Zusatzleistungen sein. Sie sind mit den von den Pflegekassen nach § 96 vereinbarten Entgelten für Unterkunft und Verpflegung abgegolten (§ 96 in Verbindung mit § 93 Abs. 4). Notwendige Leistungen dürfen selbst dann nicht gesondert

berechnet werden, wenn sie wie beispielsweise eine besondere Diätkost oder technisch besonders aufwendige Pflegebetten das Maß des Normalen überschreiten. Als gesondert berechenbare Zusatzleistungen können etwa in Betracht kommen ein besonders großes oder im Vergleich zu übrigen Zimmern des Heimes luxuriös ausgestattetes Zimmer oder „Gourmetkost“.

Satz 1 Nr. 2 stellt klar, daß grundsätzlich auch „Wahlleistungen“ bei der pflegerischen Betreuung zulässig sind. Allerdings ist hier zu berücksichtigen, daß Pflegehandlungen überwiegend an der Person des Pflegebedürftigen vorgenommen werden; sie greifen damit (notgedrungen) in die Integrität des Gepflegten ein. Überflüssige Pflegeleistungen bergen daher die Gefahr in sich, daß sie nicht nur zweckwidrig und unwirtschaftlich sein können, sondern auch dem Wesen und der Kultur des Pflegens als einer humanen Zuwendung zu dem Pflegebedürftigen widersprechen.

Die Situation ist insoweit anders als bei den wahlärztlichen Leistungen im Krankenhaus. Diese beziehen sich nicht auf die ärztlichen Leistungen als solche, sondern ausschließlich auf die Wahl des Arztes, von dem der Patient behandelt werden möchte (Chefarztbehandlung). Die Wahl eines „Chefpflegers“ durch den Pflegebedürftigen ist im Pflegeheim nicht zweckmäßig und unüblich.

Gleichwohl ist anzuerkennen, daß es auch bei der personenbezogenen Pflege zusätzliche Betreuungsleistungen geben kann, die zwar nicht notwendig, aber nützlich sind oder dem allgemeinen Wohlbefinden des Pflegebedürftigen dienen. Hierzu gehören z. B. eine zeitintensive „Schönheitspflege“ wie Maniküren oder Pediküren, die über die notwendige „Nagelpflege“ hinausgehen; ferner etwa zusätzliches Waschen oder Baden bei Pflegebedürftigen, die Zeit ihres Lebens auf besondere Reinlichkeit Wert gelegt haben und noch legen. Zu denken ist auch an eine über das Übliche hinausgehende geistige oder „schöngeistige“ Betreuung (etwa durch Vorlesen oder individuelle Auswahl von Musikprogrammen) bei Menschen, zu deren Lebensinhalt stets die Beschäftigung mit Literatur oder Musik gehört hat. Dabei ist allerdings zu beachten, daß die Pflege den Menschen in seiner Gesamtheit mit Leib, Geist und Seele umfaßt. Ein auf den individuellen Pflegebedürftigen bezogene, sein Wohlbefinden fördernde geistige und kulturelle Betreuung gehört daher in der Regel bereits zum Maß der notwendigen pflegerischen Betreuung, die mit dem Pflegesatz abgegolten ist und daher nicht gesondert berechnet werden darf.

Pflegekassen und Träger sind hier aufgefordert, bei der Ausarbeitung von Rahmenverträgen nach Satz 2 mit Augenmaß, Sachverstand, menschlicher Wärme und Engagement für eine neue Kultur des Pflegens eine sachgerechte Abgrenzung zwischen notwendigen Pflegeleistungen und „Wahlleistungen“, die nicht schematisch sein kann, vorzunehmen.

Zu Absatz 2

Die formalen Anforderungen in Absatz 2 an die Zulässigkeit von Zusatzleistungen dienen dem Schutz der Pflegebedürftigen. Sie entsprechen denen der Bundespflegesatzverordnung für Wahlleistungen im Krankenhaus (vgl. § 7 BPflV).

Zum Zweiten Titel — Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen

Zu § 98 — Grundsätze für die Vergütungsregelung

Die Vorschrift regelt die Bemessungsgrundsätze und das Verfahren für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen, soweit diese nicht nach der Gebührenordnung nach § 99 vergütet werden.

§ 98 übernimmt dabei im wesentlichen die Pflegesatzregelung für den stationären Bereich (Gebot der leistungsgerechten Vergütung, Bemessung nach einheitlichen Grundsätzen, Vereinbarungsprinzip, Konfliktlösung durch eine unabhängige Schiedsstelle, prospektive Ausrichtung der Pflegesätze, Pflegesatzkommission), mit zwei Unterschieden:

- Bei der Definition der Vertragsparteien wird auf Seiten der Leistungsträger nicht auf den Anteil an der Zahl der Pflegetage (vgl. § 94 Abs. 2 Satz 1) abgestellt, sondern auf den Anteil an der Zahl der Pflegebedürftigen.
- In Absatz 3 wird den Vertragsparteien ein hohes Maß an Flexibilität bei der Gestaltung der Vergütung eingeräumt; ausdrücklich genannt werden: Vergütung nach Zeitaufwand, nach Leistungsinhalt, nach Komplexleistungen (im Ausnahmefall auch nach Einzelleistungen) sowie Pauschalen bei Leistungen wie hauswirtschaftlicher Versorgung, Behördengängen oder Fahrkosten.

Für die Bemessung und Vereinbarung der Investitionszuschläge gilt § 100.

Darüber hinaus wird dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in § 99 eine Verordnungs-ermächtigung zum Erlass einer Gebührenordnung erteilt, durch die verstärkte Anreize für eine kostengünstige Leistungserbringung geschaffen werden sollen.

Zu § 99 — Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

Die Vorschrift ermächtigt das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zum Erlass einer Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen (Absatz 1 Satz 1). Dadurch sollen die Anreize für eine kostengünstige Leistungserbringung weiter gestärkt werden. Die Gebührenordnung hat Vorrang vor der Regelung nach § 98.

Zu Absatz 1

In Satz 1 ist klargestellt, daß die Gebührenordnung nur die Vergütung der von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfaßten häuslichen Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 32) regeln kann. Durch den Bezug auf die Bemessungsgrundsätze des § 98 in Absatz 1 Satz 2 werden Inhalt, Zweck und Ausmaß der Ermächtigung näher bestimmt. Hiernach müssen die vorgesehenen Gebühren die Vielfalt der ambulanten Pflegeleistungen sachgerecht widerspiegeln und eine leistungsgerechte Vergütung gewährleisten. Die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen sind Teil der Gebühr (Satz 3).

Vor dem Hintergrund dieser Anforderungen bietet sich eine Gebührenordnung an, die etwa folgende Kernpunkte enthalten könnte:

1. Es wird ein bundeseinheitlicher Leistungskatalog vorgegeben, der — in Anknüpfung an die Gliederung der Hilfebereiche in § 12 Abs. 4 — die ambulanten Pflegeleistungen in mehrere große Leistungskomplexe aufteilt und innerhalb dieser Leistungskomplexe weiter untergliedert.
2. Bei der Aufstellung des Leistungskatalogs werden die darin ausgewiesenen Leistungen mit Punktzahlen versehen, die (nach dem Vorbild der ärztlichen Gebührenordnungen) die unterschiedliche Kostenintensität der verschiedenen Leistungen im Verhältnis zueinander (Bewertungsrelationen) festlegen.
3. Die Bewertung der Leistungen und damit die Festlegung der Höhe der Leistungsentgelte erfolgt durch die Vereinbarung eines Punktwertes, der auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Trägervereinigungen der ambulanten Pflegedienste ausgehandelt wird.

Dabei sollte allerdings der Weg zu einer Einzelleistungsvergütung vermieden werden. Vorzuziehen sind Komplexgebühren, die in Verbindung mit landesweiten Punktwerten besser als Einzelleistungsvergütungen geeignet erscheinen, effektive Anreize für eine wirtschaftliche Leistungserbringung zu schaffen.

Der bundesweite Leistungskatalog sollte so ausgestaltet werden, daß er gleichzeitig als Leistungsraster für die von den ambulanten Pflegeeinrichtungen zu führenden Pflegedokumentationen dienen kann. Dadurch werden objektive Maßstäbe gesetzt, an denen die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Pflegeleistungen gemessen werden kann.

In Satz 3 ist vorgeschrieben, daß die Gebührenordnung auch die Abrechnungsmodalitäten zwischen den Pflegediensten und Pflegekassen regeln soll.

Zu Absatz 2

Satz 1 stellt klar, daß die Gebührenordnung nur auf zugelassene Pflegedienste (§ 81 Abs. 1) und „Vertragspfleger“ im Sinne des § 86 Abs. 1 Anwendung findet, nicht dagegen auch auf Pflegepersonen, die

mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. Hierdurch soll gewährleistet werden, daß der familiäre und ehrenamtliche Charakter der Pflege durch Angehörige und Nachbarn erhalten bleibt. Angestellte der Pflegekassen, die Pflegebedürftige in deren Wohnung versorgen, können ebenfalls nicht nach der Gebührenordnung abrechnen; ihre Dienste sind bereits mit ihrem Gehalt abgegolten.

Die Gebührenordnung stellt eine abschließende Vergütungsregelung dar. Daher können in ihrem Anwendungsbereich keine weiteren Vergütungsansprüche gegenüber den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern geltend gemacht werden (Satz 2).

Zu § 100 — Investitionszuschlag

Die Vorschrift regelt die Bemessung und das Verfahren für die Vereinbarungen von Investitionszuschlägen.

Zu Absatz 1

Die Definition des Investitionsbegriffs in Satz 1 knüpft an das Handels- und Steuerrecht an. Grundstücke sind keine abschreibungsfähigen Wirtschaftsgüter. Die Grundstückskosten gehören daher nicht zu den pflegesatzfähigen Investitionsaufwendungen im Sinne dieses Buches (Satz 2). Sie sind deswegen grundsätzlich von der Pflegeeinrichtung als Eigenleistung einzubringen, soweit nicht von der Ausnahmeregelung in Absatz 3 Gebrauch gemacht wird.

Zu Absatz 2 und 3

Absatz 2 konkretisiert die „vergütungsfähigen“ Investitionsaufwendungen der Pflegeeinrichtungen nach dem Vorbild des § 14 der Bundespflegesatzverordnung. Absatz 3 erlaubt ausnahmsweise, Grundstücks-, Anlaufs- und Umstellungsaufwendungen durch einen Zuschlag auf die Pflegevergütung zu finanzieren, wenn ohne eine solche Vereinbarung die Aufnahme oder Fortführung des Betriebs der Pflegeeinrichtung gefährdet wäre.

Zu Absatz 4

Satz 1 erstreckt das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit auch auf die Ermittlung des Investitionszuschlags. Durch die Vorgabe von Auslastungsgraden für Pflegheime und Pflegedienste in Satz 2 und 3 wird eine gleichmäßige Verteilung der Investitionsaufwendungen auf alle Pflegesätze und „ambulanten“ Pflegevergütungen sichergestellt. Der unterschiedliche Nutzungsgrad für voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen einerseits (95 v. H.) und Einrichtungen der Kurzzeitpflege (85 v. H.) ist deswegen gerechtfertigt, weil letztere saisonalen Schwankungen (Heimunterbringung des Pflegebedürftigen während der Urlaubszeit) unterworfen und erfahrungsgemäß weni-

ger ausgelastet sind als die übrigen Pflegeheime. Die den Vertragsparteien in Satz 4 eingeräumte Möglichkeit, von den gesetzlichen Vorgaben abweichende Prozentsätze zu vereinbaren, erlaubt es, die für die Bemessung der Investitionszuschläge maßgeblichen Auslastungsgrade flexibel an die besondere Situation der Pflegeeinrichtungen anzupassen.

Zu Absatz 5

Satz 1 konkretisiert das Vereinbarungsprinzip für die Festlegung der Investitionszuschläge. Diese stehen, einmal ausgehandelt, in der Regel für mehrere Jahre fest. Satz 2 gibt daher den Vertragsparteien die Möglichkeit, für die Investitionszuschläge auch andere, insbesondere längere Zeiträume zu vereinbaren, die von der (zumeist auf ein Jahr begrenzten) Laufzeit der eigentlichen Pflegevergütung abweichen.

Zu § 101 — Landespflegeausschüsse

Die Vorschrift regelt die Zusammenarbeit zwischen Ländern, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen in Landespflegeausschüssen. Die Einführung einer sozialen Pflegeversicherung, verbunden mit der Vorgabe eines neuen Finanzierungssystems für die Pflegeeinrichtungen, macht es erforderlich, daß für diese vielfältigen, sehr schwierigen und komplexen Aufgaben ein Beratungsgremium geschaffen wird, in dem die Beteiligten für anstehende Probleme Lösungen vorbereiten und abstimmen können. Hierzu gehört die Erarbeitung einvernehmlicher Empfehlungen zur Entwicklung der pflegerischen Infrastruktur und zum Vergütungsrecht, die von den Vertragsparteien beim Abschluß von Versorgungs- und Vergütungsverträgen angemessen zu berücksichtigen sind (Absatz 1).

Die guten Erfahrungen mit den Landespflegesatzausschüssen für den Krankenhausbereich zeigen, daß die Stärke solcher Ausschüsse gerade auf ihrem eher informellen Charakter und dem „Einvernehmlichkeitsprinzip“ beruht. Die bundesgesetzlichen Regelungen beschränken sich daher auf wenige Rahmenvorgaben zur Zusammensetzung und zur Geschäftsführung der Ausschüsse (Absatz 2 und 3).

Die Regelung ist im Zusammenhang mit § 9 Abs. 2 zu sehen, der die Bildung eines Beratungs- und Koordinierungsausschusses beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung vorsieht. Hier können insbesondere auch die in den Landespflegeausschüssen gewonnenen Erfahrungen für die Zusammenarbeit der Beteiligten auf Bundesebene nutzbar gemacht werden.

Zu § 101a — Kostenerstattung

Die häuslichen Pflegeeinsätze von Sozialstationen und anderen ambulanten Pflegediensten sowie die stationären Pflegeleistungen werden (als Dienst- oder Sachleistungen) von den Pflegekassen unmittelbar

den Trägern der Pflegeeinrichtungen vergütet. Hier-
von macht § 101a eine Ausnahme für zugelassene
Pflegeeinrichtungen, die bewußt auf den Abschluß
einer Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen
verzichten oder mit denen eine solche Vereinbarung
nicht zustande kommt (Absatz 1). Keine Pflegeeinrich-
tung kann zum Abschluß einer Vergütungsvereinbarung
gezwungen werden. Umgekehrt muß es den
Pflegekassen gestattet sein, den Abschluß einer Ver-
gütungsvereinbarung zu verweigern, etwa wenn die
Preisforderungen einer Pflegeeinrichtung in einem so
unangemessenen Verhältnis zu den angebotenen Lei-
stungen stehen, daß ein Vertragsschluß für die Pfl-
gekassen unzumutbar ist.

Um die Wahlfreiheit von Pflegebedürftigen nicht
einzuschränken, die gleichwohl von einer solchen
Einrichtung betreut werden möchten, räumt Absatz 2
den Pflegekassen für diese Fälle die Möglichkeit der
Kostenerstattung ein (Absatz 2 Satz 1). Die Erstattung
richtet sich nach der Höhe des individuellen Lei-
stungsanspruchs des Pflegebedürftigen nach dem
Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels, sie darf jedoch
80 v. H. der leistungsrechtlichen Obergrenzen nicht
überschreiten (Absatz 2 Satz 2). Für privat Versicherte
gelten diese Regelungen entsprechend (Absatz 3).
Das ist eine Konsequenz des in § 93 Abs. 4 aufgestell-
ten Grundsatzes, daß auch dem privat versicherten
Heimbewohner für die allgemeinen Pflegeleistungen
keine höheren Pflegesätze in Rechnung gestellt wer-
den dürfen als dem sozialversicherten Heimbewoh-
ner; dieser Grundsatz gilt gemäß § 98 Abs. 3 Satz 2
auch für die ambulante Versorgung.

Durch die Regelung in Absatz 2 Satz 3 soll verhindert
werden, daß „vertragslose“ Einrichtungen mit Pflege-
bedürftigen Preisvereinbarungen zu Lasten der So-
zialhilfe abschließen und dadurch das vertragliche
Vergütungssystem nach dem Pflege-Versicherung-
gesetz unterlaufen. Absatz 4 dient dem Schutz des
Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen.

Zum Neunten Kapitel — Datenschutz und Statistik

Allgemeines

Das Neunte Kapitel befaßt sich mit dem Datenschutz
sowie mit einer Bundesstatistik bei ambulanten und
stationären Pflegeeinrichtungen.

Die datenschutzrechtlichen Vorschriften dieses Kapi-
tels ergänzen die zum Schutz der Sozialdaten gel-
tenden allgemeinen Vorschriften des Sozialgesetzbuchs
(§§ 35 Abs. 1 und 37 SGB I; §§ 67 bis 85 SGB X). Sie
regeln die Voraussetzungen, das Verfahren, den
Umfang und die Grenzen der für Zwecke der Pflege-
versicherung zulässigen Datenerhebung, -verarbei-
tung und -nutzung. Die Vorschriften knüpfen soweit
wie möglich an die Datenschutzvorschriften der
gesetzlichen Krankenversicherung im SGB V an, um
die praktische Umsetzung des Rechts der Pflegeversi-
cherung zu erleichtern und eine reibungslose Verwal-
tungspraxis zu gewährleisten. Es ist davon auszuge-
hen, daß Sachbearbeiter der Krankenkassen häufig in

Personalunion Aufgaben der Pflegeversicherung
erfüllen werden. Die enge organisatorische Anbin-
dung der Pflegeversicherung an die gesetzliche Kran-
kenversicherung muß deshalb auch im Bereich des
Datenschutzes Berücksichtigung finden.

Die Statistikvorschrift des Neunten Kapitels eröffnet
die Möglichkeit, daß zusätzlich zu den Statistiken der
Pflegekassen nach § 79 SGB IV auch die Träger von
ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen
bundesweit und einheitlich Erhebungen für statisti-
sche Zwecke durchzuführen haben. Damit wird
sichergestellt, daß die für den Aufbau, die Erhaltung
und die Weiterentwicklung der pflegerischen Versor-
gung notwendigen Angaben verfügbar sind.

Der Erste Abschnitt regelt die Grundsätze der Daten-
verwendung bei den Pflegekassen, ihren Verbänden
und bei deren Zusammenarbeit mit den Krankenkas-
sen und ihren Verbänden. Des weiteren werden die
Grundsätze der Datenverwendung beim Medizini-
schen Dienst und die Informationsgrundlagen der
Pflegekassen, für die aus datenschutzrechtlichen
Gründen ein zwingender rechtlicher Regelungsbe-
darf besteht, normiert.

Der Zweite Abschnitt regelt Art und Umfang der
Aufzeichnung und Übermittlung von Leistungsdaten
der Versicherten durch die Leistungserbringer an die
Pflegekassen.

Der Dritte Abschnitt bestimmt, wann personenbezo-
gene Daten zu löschen sind und regelt das Auskunfts-
recht der Versicherten über in Anspruch genommene
Leistungen und ihre Kosten.

Der Vierte Abschnitt legt die Bereiche fest, für die
statistische Angaben der Leistungserbringer benötigt
werden, damit Bund und Länder über ausreichende
Daten und Informationen zum Stand und zur Entwick-
lung der pflegerischen Versorgung verfügen kön-
nen.

Zu den Einzelvorschriften

Zum Ersten Abschnitt — Informations- grundlagen

Zum Ersten Titel — Grundsätze der Datenverwendung

Zu § 102 — Anzuwendende Vorschriften

Die Vorschrift führt die Rechtsgrundlagen für den
Datenschutz in der Pflegeversicherung auf. Sie soll ein
unkompliziertes Auffinden der datenschutzrechtli-
chen Bestimmungen, die in verschiedenen Büchern
des Sozialgesetzbuches normiert sind, ermöglichen
und dadurch den Versicherten die Wahrnehmung
ihres Rechts auf informationelle Selbstbestimmung
erleichtern.

**Zu § 103 — Personenbezogene Daten
bei den Pflegekassen**

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt in Anlehnung an § 284 Abs. 1 SGB V, für welche Zwecke die Pflegekassen personenbezogene Daten des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen können. Die Zwecke sind abschließend aufgezählt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 bestimmt, daß die Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten der Versicherten über den gesetzlichen Zweck und den erforderlichen Umfang nach Absatz 1 hinaus nur zulässig sind, wenn eine andere Bestimmung des Sozialgesetzbuches dies anordnet oder erlaubt. Die Regelung entspricht § 284 Abs. 3 SGB V.

Zu Absatz 3

Absatz 3 trägt dem Schutzbedürfnis der Beschäftigten Rechnung, die zur Erfüllung der Aufgaben der Pflegeversicherung eingesetzt sind. Es sollen datenschutzrechtlich bedenkliche und sachfremde Verknüpfungen von Versicherungs- und Leistungsdaten mit Personalentscheidungen ausgeschlossen werden. Die Regelung entspricht § 284 Abs. 4 SGB V.

**Zu § 104 — Personenbezogene Daten bei den
Verbänden der Pflegekassen**

Zu Absatz 1

Absatz 1 bestimmt, für welche Zwecke die Verbände der Pflegekassen personenbezogene Daten erheben, verarbeiten und nutzen können. Die Aufzählung der Zwecke ist abschließend.

Zu Absatz 2

Absatz 2 stellt klar, daß § 103 Abs. 2 und 3 auch für die Verbände der Pflegekassen gilt.

**Zu § 105 — Gemeinsame Verarbeitung und
Nutzung personenbezogener Daten**

Zu Absatz 1

Die Vorschrift schafft die Voraussetzungen für die gemeinsame Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten durch die Pflegekassen und die Krankenkassen. Da die Krankenkassen die Aufgaben der Pflegekassen wahrnehmen (§ 1 Abs. 3), müssen die

Pflegekassen und die Krankenkassen befugt sein, gemeinsam personenbezogene Daten zu verarbeiten und zu nutzen, wenn diese von beiden Stellen zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigt werden.

Nicht nur die organisatorische Angliederung der Pflegekassen an die Krankenkassen, sondern auch eine effiziente und versichertengerechte Verwaltungspraxis gebieten es, daß die Pflegekassen und die Krankenkassen als Verwaltungsgemeinschaft in bezug auf bestimmte personenbezogene Daten ihrer jeweiligen Versicherten handeln. Der Personenkreis der Versicherten ist deckungsgleich und zur Aufgabenerfüllung werden vielfach dieselben Daten benötigt. Dies ist unter anderem der Fall:

- bei der Feststellung, ob eine Familienversicherung besteht (vgl. § 21 dieses Buches und § 10 SGB V),
- bei den Meldungen des Arbeitgebers an die Pflegekasse (vgl. § 47),
- bei der Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen (vgl. §§ 55 bis 61 dieses Buches und §§ 226 ff SGB V).

Die jeweiligen Daten der Krankenkassen und Pflegekassen werden auch benötigt, um Doppelleistungen zu vermeiden. So können etwa Leistungsangaben der Krankenkassen für die Entscheidung der Pflegekasse, ob Pflegehilfsmittel und technische Hilfen gewährt werden, erforderlich sein. Hat die Krankenkasse im Rahmen ihrer Leistungspflicht einem Versicherten beispielsweise die Anschaffung eines Pflegebettes oder eines Rollstuhls ermöglicht, dann liegen die Voraussetzungen für eine Bewilligung durch die Pflegekasse nicht vor.

Eine gemeinsame Datenverwaltung und Datennutzung durch mehrere, eine Verwaltungsgemeinschaft bildende Sozialversicherungsträger ist in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und in der Sozialversicherung der Seeleute gleichfalls verwirklicht.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt, daß die Pflegekassen entsprechend der für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Bestimmung des § 286 SGB V Datenübersichten zu erstellen haben.

Zu Absatz 3

Nach den §§ 49 und 50 nehmen die Verbände der Krankenkassen die Aufgaben der Verbände der Pflegekassen wahr. Die Vorschrift bestimmt deshalb, daß die Absätze 1 und 2 auch für die gemeinsame Nutzung und Verarbeitung personenbezogener Daten sowie für die Datenübersichten bei den Verbänden der Pflege- und Krankenkassen gelten.

**Zu § 106 — Personenbezogene Daten
beim Medizinischen Dienst**

Zu Absatz 1

Die Vorschrift dient der Wahrung von Datenschutzinteressen der Versicherten und regelt die Berechtigung des Medizinischen Dienstes, personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, damit er seine gesetzlichen Aufgaben im Rahmen der Pflegeversicherung im erforderlichen Umfang erfüllen kann.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift bestimmt, daß der Medizinische Dienst rechtmäßig erhobene und verarbeitete personenbezogene Daten sowohl für Zwecke der Krankenversicherung als auch der Pflegeversicherung verarbeiten und nutzen darf, wenn dies zur Erfüllung seiner jeweiligen Aufgaben erforderlich ist.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift regelt das Löschen der beim Medizinischen Dienst vorhandenen personenbezogenen Daten.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift regelt das Akteneinsichtsrecht der Versicherten.

Zu § 107 — Forschungsvorhaben

Die Regelung hat die Nutzung rechtmäßig erhobener und gespeicherter Daten für Forschungszwecke der Pflegeversicherung zum Gegenstand. Sie entspricht der Vorschrift des § 287 SGB V.

Zu Absatz 1

Absatz 1 ermöglicht es, vorhandene Datenbestände für interne Forschungsvorhaben auszuwerten. Es muß sich um zeitlich befristete und im Umfang begrenzte Forschungsvorhaben handeln. Eine längere Aufbewahrung von Daten für Forschungszwecke ist nur mit Erlaubnis der Aufsichtsbehörde zulässig. Die Beteiligung der Aufsichtsbehörde soll sicherstellen, daß nur die für das Forschungsvorhaben erforderlichen Daten verwendet werden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 stellt klar, daß personenbezogene Daten zu anonymisieren sind.

**Zum Zweiten Titel — Informationsgrundlagen
der Pflegekassen**

Zu § 108 — Versichertenverzeichnis

Die Vorschrift entspricht § 288 SGB V. Die Pflegekasse ist verpflichtet, ein Versichertenverzeichnis zu führen, das die für die Beurteilung des Versicherungsverhältnisses, des Anspruchs auf Versicherungsleistungen und für die Bemessung und Einziehung der Beiträge notwendigen Angaben enthält. Das Verzeichnis soll der Registrierung der Mitglieder und Familienversicherten dienen und bei Bedarf die erfaßten wesentlichen Merkmale des Versicherungsverhältnisses liefern, damit das Bestehen einer Versicherung und deren wesentliche Merkmale nicht immer von neuem ermittelt werden müssen.

**Zu § 109 — Nachweispflicht bei
Familienversicherung**

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 289 SGB V. Die Pflegekasse benötigt zur Klärung der Voraussetzungen einer Familienversicherung nach § 21 eine Reihe von Angaben. Diese kann sie von dem Angehörigen oder mit dessen Zustimmung vom Mitglied erheben.

Zu § 110 — Pflegeversichertennummer

Die Vorschrift entspricht § 290 SGB V. Soweit sie die Übereinstimmung der Versichertennummer mit der Krankenversichertennummer zuläßt, zieht sie die Konsequenz daraus, daß Krankenkasse und Pflegekasse eine organisatorische Einheit (§ 1 Abs. 3) bilden. Da die Versicherten bei derselben Kasse sowohl kranken- als auch pflegeversichert sein werden, liegt es im Interesse der Versicherten, zur Klärung ihrer Identität gegenüber der Kasse dieselbe Nummer zu verwenden.

Daten, die für Zwecke der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung geeignet sind, sollen nur einmal gespeichert werden. Deshalb soll auch der Sachbearbeiter in der Lage sein, unter derselben Nummer auf die Daten beider Versicherungsbereiche zuzugreifen.

Die Verwendung derselben Nummer sowohl im Bereich der Kranken- als auch der Pflegeversicherung hat nicht zur Folge, daß entgegen § 79 SGB X in Verbindung mit § 5 Satz 1 BDSG ein Mitarbeiter, der Daten nur für Zwecke der Krankenversicherung oder nur der Pflegeversicherung benötigt, in jedem Fall alle

Daten des Versicherten angezeigt bekommt. Dies kann und muß durch softwaretechnische Maßnahmen verhindert werden.

Zu § 111 — Angaben über Leistungsvoraussetzungen

Die Vorschrift entspricht § 292 SGB V. Auch in der Pflegeversicherung sind Aufzeichnungen über Leistungen zur Prüfung der Voraussetzungen späterer Leistungsgewährung erforderlich, um beispielsweise nicht gerechtfertigte Doppelleistungen bei technischen Hilfen (§ 36) zu vermeiden.

Zu § 112 — Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

Die Vorschrift entspricht im wesentlichen § 293 SGB V. Sie behandelt das Institutionskennzeichen, ein von allen Spitzenverbänden der Sozialversicherung und der Bundesanstalt für Arbeit gemeinsam verwendetes Kennzeichen, das auch für alle am Schriftverkehr und Abrechnungsverkehr der sozialen Sicherung beteiligten Institutionen gilt. Während § 293 Abs. 1 SGB V lediglich die Verwendung des Institutionskennzeichens durch die Krankenkassen festgeschrieben hat, bestimmt § 112 die einheitliche Verwendung des Kennzeichens durch alle Beteiligten im Rahmen der Pflegeversicherung.

Zum Zweiten Abschnitt — Übermittlung von Leistungsdaten

Zu § 113 — Pflichten der Leistungserbringer

Die Vorschrift entspricht dem § 294 SGB V. Sie verpflichtet die Leistungserbringer, die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegeversicherung notwendigen Angaben über die Versicherungsleistungen aufzuzeichnen und zu übermitteln. Während aber § 294 SGB V auf die §§ 295 bis 302 SGB V als „nachstehende Vorschriften“ verweist und dadurch die Fallgruppen der Aufzeichnungs- und Übermittlungspflicht bezeichnet, sind in dieser Vorschrift die drei in Betracht kommenden Fallgruppen, die an anderer Stelle im Gesetz geregelt sind, unmittelbar aufgeführt.

Zu § 114 — Abrechnung pflegerischer Leistungen

Die Vorschrift entspricht § 302 SGB V. Sie regelt die versichertenbezogene Abrechnung erbrachter Leistungen und schreibt für die Abrechnung abgegebener Hilfsmittel die Verwendung der Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 87 vor.

Zu § 115 — Abweichende Vereinbarungen

Die Vorschrift entspricht § 303 SGB V. Sie ermöglicht, die Übermittlung von Abrechnungsbelegen und Angaben über abgerechnete Leistungen vertraglich einzuschränken.

Zum Dritten Abschnitt — Datenlöschung, Auskunftspflicht

Zu § 116 — Löschen von Daten bei der Pflegekasse

Die Vorschrift entspricht § 304 SGB V. Die in ihr enthaltene Verweisung auf § 84 SGB X verdeutlicht eine Löschungspflicht hinsichtlich aller Daten der Pflegeversicherung, deren Kenntnis zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung nicht mehr erforderlich ist und deren Löschung sowie Vernichtung auch nicht schutzwürdige Belange des Betroffenen beeinträchtigen würde. Außerdem sind Fristen für gespeicherte personenbezogene Daten festgelegt, nach deren Ablauf die Daten unabhängig davon zu löschen sind, ob die in § 84 SGB X genannten Kriterien erfüllt sind.

Zu § 117 — Auskünfte an Versicherte

Die Vorschrift stellt entsprechend § 305 SGB V (in der ab 1. Januar 1996 geltenden Fassung) Kostentransparenz für den Versicherten her.

Zum Vierten Abschnitt — Statistik

Zu § 118 — Erhebungen über Pflegeeinrichtungen

Die Vorschrift ermächtigt die Bundesregierung, für Zwecke der Pflegeversicherung eine Statistik als Bundesstatistik anzuordnen. Sie dient dazu, dem Bund und den Ländern statistische Angaben über Pflegeeinrichtungen, die dort erbrachten Leistungen und die versorgten Pflegebedürftigen zur Verfügung zu stellen, die benötigt werden, um über ausreichendes Datenmaterial über den Stand und die Entwicklung der pflegerischen Versorgung zu verfügen.

Zum Zehnten Kapitel — Regelungen für die private Pflegeversicherung

Allgemeines

Adressat der Regelungen dieses Kapitels sind die privaten Krankenversicherungsunternehmen, denen die privat Krankenversicherten zur Absicherung des Pflegerisikos nach § 20 zugewiesen werden. Zum Schutz der Versicherungsnehmer werden für die privaten Krankenversicherungsunternehmen Rahmenbedingungen zur Durchführung der privaten Pflege-

versicherung festgelegt, die gewährleisten sollen, daß die Versicherungspflichtigen einen Versicherungsschutz erhalten, der dem in der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig ist, und dies zu sozialverträglichen Bedingungen. Die Regelungen dieses Kapitels ergänzen die für die private Pflegeversicherung in den Kapiteln 3, 5 und 6 getroffenen Regelungen über die Versicherungspflicht und den Umfang der Vorsorgepflicht in der privaten Pflegeversicherung (§ 20), über das außerordentliche Kündigungsrecht bei Eintritt von Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung (§ 23), über die wechselseitige Anrechnung von Vorversicherungszeiten bei einem Wechsel von der sozialen zur privaten Pflegeversicherung und umgekehrt (§ 29 Abs. 3), über die Melde- und Kontrollpflichten der privaten Krankenversicherungsunternehmen (§ 47) sowie über den Anspruch auf einen Beitragszuschuß für privat pflegeversicherte Beschäftigte sowie andere Bezieher von Erwerbs- und Erwerbsersatz Einkommen.

Zu den Einzelvorschriften

Zu § 119 — Regelungen für die private Pflegeversicherung

Zu Absatz 1

Mit dieser Vorschrift werden im einzelnen die Rahmenbedingungen für die Durchführung der privaten Pflegeversicherung festgelegt, die für die privaten Krankenversicherungsunternehmen gelten sollen. Es handelt sich hier im einzelnen um Bedingungen, die bisher in der privaten Versicherung, insbesondere auch in der privaten Krankenversicherung, nicht üblich waren. Diese Bedingungen sind vom Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Ausgestaltung einer privaten Pflege-Pflichtversicherung angeboten worden. Ohne die Einhaltung dieser Bedingungen wäre es sozialpolitisch nicht vertretbar, den Personenkreis der privat Krankenversicherten zur Absicherung des Pflegefallrisikos zwangsweise der privaten Pflegeversicherung zuzuweisen.

Um sicherzustellen, daß diejenigen, die ihre Vorsorgepflicht bei dem privaten Krankenversicherungsunternehmen erfüllen müssen, dies auch tatsächlich tun können, ist es erforderlich, dem Unternehmen einen Kontrahierungszwang aufzuerlegen. Dies muß auch für den Fall gelten, in dem ein bereits pflegebedürftiger privat Krankenversicherter seine Vorsorgepflicht gegen das Pflegefallrisiko einlösen will. Damit eine angemessene Absicherung des Pflegerisikos in jedem Einzelfall erreicht werden kann, ist zudem erforderlich, daß keine Ausschlüsse von Vorerkrankungen des Versicherungsnehmers vorgenommen werden. Um finanzielle Überforderungen von vorerkrankten oder von finanziell schwächeren oder älteren Personen oder von kinderreichen Familien zu vermeiden, werden die privaten Versicherungsunternehmen entgegen den sonst in der privaten Versicherungswirtschaft üblichen Prämienkalkulationsprinzipien verpflichtet, auf Risikozuschläge zu verzichten, für Kinder bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres eine beitragsfreie

Mitversicherung und für nicht erwerbstätige Ehegatten eine Prämienvergünstigung vorzusehen. Im Alter sollen Versicherungsnehmer maximal nur mit einer Prämie belastet werden, die dem Höchstbeitrag in der sozialen Pflegeversicherung entspricht.

Zu Absatz 2

Die Regelung stellt klar, daß die in Absatz 1 genannten Bedingungen nur für Versicherungsverträge gelten, die Vorsorgepflichtige in dem Umfang abschließen, der ihnen nach § 20 Abs. 2 vorgeschrieben ist. Für Versicherungsverträge, die freiwillig abgeschlossen werden oder die zusätzliche Leistungen vorsehen, gelten die üblichen Versicherungsbedingungen.

Zu Absatz 3

Die in Absatz 1 genannten Rahmenbedingungen für die private Pflegeversicherung schränken die sonst üblichen Versicherungsbedingungen in der privaten Versicherungswirtschaft im Interesse der Versicherungsnehmer, die zum Abschluß einer privaten Pflegeversicherung gezwungen werden, stark ein. Die private Pflegeversicherung muß zur Gewährleistung dieser Rahmenbedingungen in erheblichem Umfang auf Elemente der Umlagefinanzierung zurückgreifen. Diese der privaten Versicherungswirtschaft ansonsten wesensfremden Bedingungen sollen, damit der Charakter der privaten Versicherung in diesem Bereich nicht dauerhaft verändert wird, nur für Versicherungsverträge gelten, die von Versicherungsnehmern abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Pflegeversicherung bereits mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen privat krankenversichert und daher gezwungen sind, bei ihrem privaten Krankenversicherungsunternehmen einen Pflegeversicherungsvertrag abzuschließen. Nur für diesen Kreis der Versicherten ist ein besonderes Schutzbedürfnis gegeben. Für Personen, die zu einem späteren Zeitpunkt einen Krankenversicherungsvertrag abschließen und damit gleichzeitig zum Abschluß eines Pflegeversicherungsvertrages verpflichtet werden, sind diese Schutzmaßnahmen nicht in vollem Umfang erforderlich, denn diese Personen entscheiden sich in Kenntnis der Bedingungen für die private Krankenversicherung und damit auch für die private Pflegeversicherung.

Zu § 120 — Gemeinschaftsunternehmen

Zu Absatz 1

Durch die in § 119 festgelegten Voraussetzungen und Bedingungen für die Durchführung der privaten Pflegeversicherung können einzelne private Kranken-Pflegeversicherungsunternehmen finanziell überfordert werden, insbesondere dann, wenn es aufgrund des festgelegten Kontrahierungszwangs zu einer Häufung von sogenannten schlechten Risiken bei

einem einzelnen Versicherungsunternehmen kommt. Die Durchführung der Pflegeversicherung unter den in diesem Gesetz vorgesehenen Bedingungen würde nicht nur bei jedem einzelnen Unternehmen in erheblichem Umfang den Einbau von Umlagefinanzierungselementen in die Prämienkalkulation erfordern, sondern auch zwischen den einzelnen zur Pflegeversicherung befugten Versicherungsunternehmen einen Finanzausgleich notwendig machen. Deshalb erscheint es sachgerecht, daß die privaten Krankenversicherungsunternehmen, wie von ihnen angeboten, zunächst zur Durchführung der Pflegeversicherung ein Gemeinschaftsunternehmen gründen, an dem sich jedes Krankenversicherungsunternehmen zu den gleichen Bedingungen zu beteiligen hat. Zu diesem Zweck übertragen die Krankenversicherungsunternehmen ihre Versicherungsbestände auf das Gemeinschaftsunternehmen. Erstversicherer soll jedoch das private Krankenversicherungsunternehmen sein, bei dem die Versicherung für die allgemeinen Krankenhausleistungen besteht, und zwar für jede einzelne versicherte Person. Die Rückübertragung von dem Gemeinschaftsunternehmen auf die einzelnen Krankenversicherungsunternehmen soll grundsätzlich möglich sein.

Zu Absatz 2

Mit dieser Regelung wird das Bundesministerium der Finanzen ermächtigt, die notwendigen näheren Einzelheiten über die Gründung des Gemeinschaftsunternehmens und die rechtliche und finanzielle Beteiligung der einzelnen Krankenversicherungsunternehmen an diesem Gemeinschaftsunternehmen durch Rechtsverordnung zu regeln.

Um sicherzustellen, daß die Versicherungsverträge der einzelnen Versicherungsnehmer auch dauerhaft erfüllbar bleiben, und um insbesondere auch einen Schutz der Versicherungsnehmer im Fall der Insolvenz des Gemeinschaftsunternehmens zu gewährleisten, ist es u. a. erforderlich, in der Rechtsverordnung im einzelnen die Voraussetzungen und Bedingungen für eine Rückübertragung der Pflegerisiken von dem Gemeinschaftsunternehmen auf die einzelnen beteiligten Krankenversicherungsunternehmen zu regeln. Gleichzeitig sollen die Voraussetzungen, unter denen ein Versicherungsnehmer das Versicherungsunternehmen wechseln können soll, in der Rechtsverordnung festgelegt werden. Dies gilt insbesondere für die Frage der Mitnahme der Altersrückstellungen zu dem neuen Unternehmen sowie die Berücksichtigung des Eintrittsalters.

Zu dem der sozialen Pflegeversicherung gleichwertigen Versicherungsschutz, den die privaten Krankenversicherungsunternehmen in ihren Versicherungsverträgen zusagen müssen, gehört auch die Beitragszahlung zur gesetzlichen Rentenversicherung für Personen, die einen Pflegebedürftigen unentgeltlich im häuslichen Bereich pflegen. Die Rechtsverordnung kann für diese Beitragszahlung ein pauschales Abführungsverfahren festlegen.

Zum Elften Kapitel — Bußgeldvorschrift

Allgemeines

Das Kapitel enthält eine Auflistung der Ordnungswidrigkeiten, die mit Bußgeld belegt werden können.

Zu den Einzelvorschriften

Zu § 121 — Bußgeldvorschrift

Zur Durchsetzung der vorgesehenen Vorsorgepflicht gegen das Pflegefallrisiko sind schuldhaftes Rechtsverstoße gegen Melde- und Auskunftspflichten und gegen die Pflicht, sich gegen Pflegebedürftigkeit zu versichern, als Ordnungswidrigkeiten zu ahnden. Die Vorschrift ist an § 111 SGB IV sowie § 307 SGB V angelehnt und ergänzt diese Regelungen.

Für das aufgrund dieser Vorschrift eingeleitete Bußgeldverfahren gilt neben dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten § 112 SGB IV. Die nach § 36 Abs. 1 Nr. 1 OWiG in Verbindung mit § 112 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV für die Verfolgung und Ahndung der Ordnungswidrigkeiten zuständige Verwaltungsbehörde ist die Pflegekasse; sie klärt den Sachverhalt auf und erläßt den Bußgeldbescheid. Für das weitere Verfahren im Falle eines Einspruches bestimmt die Satzung nach § 43 Abs. 1 Nr. 8 die zuständige Stelle, die prüft, ob der Bußgeldbescheid zurückgenommen oder aufrechterhalten wird, ob gegebenenfalls weitere Ermittlungen durchgeführt oder die Akten über die Staatsanwaltschaft an das Gericht abgegeben werden. Die Geldbußen fließen in allen Alternativen des Absatzes 1 der Pflegekasse zu (§ 112 Abs. 3 Satz 1 SGB IV).

Auch die vereinnahmten Geldbußen gehören zu den für den Finanzausgleich und die Verwaltungskosten-erstattung maßgeblichen Einnahmen der Pflegekassen.

Zu Absatz 1

Um eine möglichst vollständige Erfassung aller Versicherungspflichtigen und eine termingerechte Beitragszahlung zu erreichen, ist es erforderlich, daß die vorgeschriebenen Melde-, Auskunfts-, Mitteilungs- und Vorlagepflichten sowie die Pflicht zum Abschluß und zum Aufrechterhalten eines privaten Versicherungsvertrages eingehalten werden.

Zu Nummer 1

Wer bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Krankheit versichert ist, hat dort auch gegen das Risiko Pflegebedürftigkeit einen Vertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten, dessen Leistungen denen der sozialen Pflegeversicherung nach Art und Umfang gleichwertig sind. Wer gegen diese Verpflichtung verstößt, z. B. indem er seiner Beitrags-

pflcht nicht nachkommt, handelt ordnungswidrig und wird mit einem Bußgeld bedroht.

Zu Nummer 2

Verletzungen der Ermittlungs- und Mitteilungspflichten der privaten Krankenversicherungsunternehmen sowie der Mitteilungspflichten der privaten Lebensversicherungsunternehmen und des Verbandes der privaten Krankenversicherungsunternehmen gegenüber dem Bundesversicherungsamt werden mit Bußgeld belegt.

Zu Nummer 3 und 4

Die Vorschriften entsprechen den Regelungen des § 307 Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGB V.

Zu Nummer 5

Um sicherzustellen, daß Personen, die privat gegen Krankheit versichert und deshalb in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfrei sind, ihren privaten Pflegeversicherungsschutz auch auf Dauer aufrechterhalten, wird nach dieser Vorschrift die Belegung mit einem Bußgeld auch ermöglicht, wenn nach Beendigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages nicht der Abschluß eines neuen Vertrages des Mitgliedes und seiner mitversicherten Angehörigen nachgewiesen wird.

Zu Nummer 6

Nach Artikel 29 wird über den Personenkreis des § 20 hinaus versicherungsfrei in der sozialen Pflegeversicherung, wer vor Inkrafttreten des Gesetzes bereits Vorsorge gegen das Risiko, pflegebedürftig zu werden, getroffen hat. Voraussetzung der Versicherungsfreiheit ist jedoch — wie auch in § 20 vorgesehen — ein gleichwertiger Versicherungsschutz, unterwerfliche Verträge sind innerhalb einer Frist von einem Jahr an die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung anzupassen. Wer dieser Pflicht zur Anpassung nicht oder nicht rechtzeitig nachkommt, wird mit einem Bußgeld belegt.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift entspricht § 111 Abs. 4 SGB IV und § 307 Abs. 2 SGB V. Im Rahmen des eingeräumten Ermessens kann von der Verfolgung einer Ordnungswidrigkeit abgesehen werden, wenn die fehlende Mitwirkung des Versicherten durch Anwendung des § 56 Abs. 4 auch in Verbindung mit § 59 Abs. 2 Satz 2 ausgeglichen werden kann.

Zum Zweiten Teil — Änderung des Sozialgesetzbuches

Zu Artikel 2 — Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 1 und 2 (§ 4 Abs. 2 und § 15 Abs. 1)

Die Änderungen sind redaktionelle Anpassungen aufgrund der Einführung eines weiteren Zweiges der Sozialversicherung. Durch die Schaffung einer sozialen Pflegeversicherung wird die Ausdehnung der allgemeinen Vorschriften des SGB I auf den neuen Sozialversicherungszweig erforderlich.

Zu Nummer 3 (§ 21)

Zu Buchstabe a

Die Streichung ist eine Folgeänderung zur Herausnahme der Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Buchstabe b

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe a.

Zu Nummer 4 (§ 21a)

Die Vorschrift enthält einen Überblick über die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und weist auf die Zuständigkeit der Pflegekassen hin. § 21a Abs. 1 Nr. 4 tritt am 1. Januar 1996 in Kraft (Artikel 35 Abs. 2 Nr.3).

Zu Nummer 5 (§ 37)

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung, die sich aus der Anfügung des SGB XI ergibt.

Zu Nummer 6 (§ 66 Abs. 2)

Die Ergänzung eröffnet der Pflegekasse die Möglichkeit, dem Pflegebedürftigen die Leistung ganz oder teilweise zu versagen oder zu entziehen, solange dieser an Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation nicht mitwirkt (§ 63, § 6 Abs. 2 SGB XI). Der Verwirklichung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ wird damit auch im Interesse der Solidargemeinschaft Nachdruck verliehen.

Zu Artikel 3 — Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 1 bis 11 (§§ 1, 19, 23, 28 a, 28 d, 28 f, 28 h, 28 i, 28 k, 28 n und 28 r)

Für die versicherungspflichtig Beschäftigten werden die grundlegenden Vorschriften über den sachlichen Geltungsbereich (§ 1), die Leistungen (§ 19), Fälligkeit (§ 23), Meldepflichten des Arbeitgebers und den Gesamtsozialversicherungsbeitrag (§§ 28 a bis 28 r) auf die Pflegeversicherung erstreckt und der Besonderheit, daß die Pflegekasse unter dem Dach der zuständigen Krankenkasse geführt wird, angepaßt.

Zu Nummer 12 (§ 70 Abs. 5)

Die Vorschrift erstreckt die Verpflichtung zur Vorlage des Haushaltsplans gegenüber der Aufsichtsbehörde auf die Träger der Pflegeversicherung.

Zu Nummer 13 (§ 77 Abs. 2)

Die Vorschrift trägt der getrennten Haushaltsführung in der Bundesknappschaft Rechnung.

Zu Artikel 4 — Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 1 (§ 11 Abs. 1)

Nach Inkrafttreten des SGB XI gehören die hier genannten Leistungen nicht mehr in den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Nummer 2 (§ 27 Abs. 1)

Mit der Ergänzung wird klargestellt, daß die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Rehabilitation auch nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit erbracht werden.

Zu Nummer 3 (§ 37 Abs. 2)

Die Ergänzung stellt klar, daß Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit nicht mehr als Satzungsleistungen der Krankenkasse gewährt werden können; insoweit tritt vielmehr die Leistungspflicht der Pflegekasse ein.

Zu Nummer 4 (§ 51 a)

Gegenwärtig erfolgt die Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit insbesondere in den ersten 6 Wochen der Lohnfortzahlung nicht in dem erforderlichen Umfang. So wurden z. B. von ca. 1 Million Begutachtungen

durch den Medizinischen Dienst der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1991 nur 3,7 v. H. in den ersten beiden Wochen der Arbeitsunfähigkeit durchgeführt.

Vor diesem Hintergrund sollen die Möglichkeiten zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit verbessert werden, indem Instrumente zur Aufdeckung und Verhinderung von Fällen nicht begründeter Arbeitsunfähigkeit geschaffen oder verstärkt werden.

Absatz 1 verpflichtet die Krankenkassen, auch während der ersten sechs Wochen einer Arbeitsunfähigkeit, in denen sie wegen des Lohnfortzahlungsanspruchs eines Beschäftigten noch nicht durch Krankengeldzahlungen finanziell belastet werden, das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit zu überprüfen. Diese Überprüfung soll insbesondere vorgenommen werden, wenn bestimmte Auffälligkeiten Zweifel an dem Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit nahelegen. Dies ist vor allem der Fall, wenn ein Versicherter durch wiederholte Arbeitsunfähigkeit aufgefallen ist und/oder die Zeiten seiner häufigen Arbeitsunfähigkeit nur von kurzer Dauer sind. Auch die häufige Krankmeldung zu Anfang oder zum Ende der Woche legt den Verdacht nahe, daß Arbeitsunfähigkeit nicht vorliegt, und erfordert die Überprüfung durch die Krankenkasse. „Häufig“ bedeutet in diesem Zusammenhang eine Wiederholung, die nach allgemeiner Lebenserfahrung nicht plausibel erscheint.

Ein weiteres Indiz, das Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit nahelegt und deshalb die Überprüfung der medizinischen Voraussetzungen erfordert, liegt im Verhalten einzelner Ärzte, die im Vergleich zu anderen Ärzten in erheblich höherem Umfang Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit ausstellen.

Aber nicht nur in den vorbezeichneten Fällen, sondern auch immer dann, wenn Diagnose oder Befundbericht eine Arbeitsunfähigkeit nicht plausibel erscheinen lassen, ist die Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch die Krankenkasse angezeigt.

Absatz 2 verpflichtet die Krankenkassen zu systematischer Überprüfung der Arbeitsunfähigkeitsfälle vom ersten Tag der Krankmeldung an, indem ihnen arzt- und versichertenbezogene Stichprobenprüfungen vorgeschrieben werden, die 2 v. H. der Arbeitsunfähigkeitsfälle umfassen müssen. Diese Prüfungspflicht besteht neben den in Absatz 1 einzelfallbezogenen Auffälligkeitsprüfungen.

In einer Vielzahl der Fälle wird die Krankenkasse sowohl bei den Auffälligkeits- als auch bei den Stichprobenprüfungen auf den Sachverstand ihrer eigenen Mitarbeiter zurückgreifen können, die die Arbeitsunfähigkeitsfälle zunächst anhand der vorliegenden Diagnosen und Befundberichte und ggfs. durch Nachfrage bei dem Versicherten oder geeignete Kontrollmaßnahmen überprüfen können. In Zweifelsfällen wird jedoch zur Überprüfung der medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit der besondere medizinische Sachverstand eines Arztes notwendig sein. Um vorhandene medizinische Zweifel auszuräumen, wird daher nach Absatz 3 die Krankenkasse

verpflichtet, ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einzuholen. Erscheint dies erforderlich, ist der Medizinische Dienst unverzüglich einzuschalten. Nur so können unnötige Verzögerungen und damit die Gefahr vermieden werden, nicht begründete Arbeitsunfähigkeitsfälle wegen Zeitablaufs nicht mehr feststellen zu können.

Absatz 4 verbessert die Möglichkeiten des Arbeitgebers, die Arbeitsunfähigkeit eines Beschäftigten überprüfen zu lassen. Er kann nunmehr im Einzelfall eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit durch die Krankenkasse veranlassen, ohne begründete Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit darlegen zu müssen. Sollte jedoch der Arbeitgeber konkrete Anhaltspunkte haben, die Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit eines Beschäftigten stärken, wie z. B. in Fällen, in denen die Arbeitsunfähigkeit vorher angekündigt wurde, ihr betriebliche Auseinandersetzungen vorausgingen oder ein offenkundiges Fehlverhalten des Arbeitnehmers vorliegt, sollten diese der Krankenkasse jedoch mitgeteilt werden. Die Überprüfung durch die Krankenkasse umfaßt die Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, falls sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit nicht eindeutig aus den vorhandenen ärztlichen Unterlagen ergeben.

Absatz 5 stellt klar, daß in Fällen, in denen die Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit ergibt, daß der Arzt die Arbeitsunfähigkeit eines Arbeitnehmers bescheinigt hat, weil dieser ihm bewußt falsche oder irreführende Tatsachen zu seinem Befinden mitgeteilt hat, die Krankenkasse von dem Arbeitnehmer die Rückzahlung des während der Zeit der angeblichen Arbeitsunfähigkeit ausgezahlten Krankengeldes verlangen kann.

Dem Arbeitgeber gegenüber ist der Arbeitnehmer nach den allgemeinen zivilrechtlichen Regelungen schadensersatzpflichtig, wenn er während der unbegründeten Arbeitsunfähigkeit Entgeltfortzahlung erhalten hat. So besteht immer dann ein Rückforderungsanspruch des Arbeitgebers hinsichtlich des bereits geleisteten Arbeitsentgeltes aus ungerechtfertigter Bereicherung nach § 812 Abs. 1 Satz 1 1. Alt. BGB, wenn die Arbeitsunfähigkeit tatsächlich nicht bestanden hat, unabhängig von einem Verschulden des Arbeitnehmers.

Soweit der Arbeitnehmer schuldhaft (vorsätzlich oder fahrlässig) handelte, ist er aufgrund der allgemeinen Regelungen über die Leistungsstörung bei gegenseitigen Verträgen (§ 325 BGB) zum Ersatz des gesamten, dem Arbeitgeber entstandenen Schadens verpflichtet. Handelt der Arbeitnehmer vorsätzlich, so hat der Arbeitgeber zusätzlich auch einen Schadensersatzanspruch aus § 823 Abs. 2 BGB i.V.m. § 263 StGB (Betrug).

Absatz 6 regelt hinsichtlich der arztbezogenen Prüfungen, daß zu Unrecht ausgestellte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 einzubeziehen sind. Angesichts der Vielzahl der niedergelassenen Ärzte besteht die

Gefahr, daß ein Arbeitnehmer, der von einem Arzt eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht erhält, zu einem anderen Arzt geht und von diesem aufgrund bestehenden oder vermeintlichen Konkurrenzdruckes die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhält. Solche Gefälligkeitsbescheinigungen verstoßen unter anderem auch gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot und sind entsprechend zu ahnden. Welche Maßnahmen im Einzelfall zu treffen sind, hat der Prüfungsausschuß nach § 106 Abs. 4 zu entscheiden.

Zu Nummer 5

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 6 (§§ 53 bis 57)

Mit der Einführung des SGB XI gehören diese Leistungen nicht mehr zum Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Nummer 7 bis 8 (§§ 73 und 92)

Die Änderungen sind Folgeänderungen zu Nummer 6.

Zu Nummer 9 (§ 106 Abs. 3a)

Die vorliegende Vorschrift ergänzt die Regelungen des § 51 a Abs. 6. Kommen die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in ihren Überprüfungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung oder im Rahmen der Arbeitsunfähigkeitsprüfung zu dem Ergebnis, daß ein einzelner Arzt in einer auffällig hohen Zahl von Fällen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausgestellt hat oder Arbeitsunfähigkeit festgestellt hat, obwohl dafür die medizinischen Voraussetzungen nicht vorlagen, bestehen Schadensersatzpflichten des Arztes gegenüber dem Arbeitgeber und der Krankenkasse, die sich nach den zivilrechtlichen Regelungen richten. In den Fällen, in denen der Arzt — unabhängig von einem etwaigen Verschulden des Arbeitnehmers — vorsätzlich oder fahrlässig eine in Wahrheit nicht bestehende Arbeitsunfähigkeit attestiert, ist er zum Ersatz des vom Arbeitgeber geleisteten Arbeitsentgeltes verpflichtet. Gleiches gilt gegenüber der Krankenkasse hinsichtlich des gezahlten Krankengeldes.

Zu Nummer 10 (§ 132)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu Nummer 6.

Zu Nummer 11 (§ 260 Abs. 1)

Die Ergänzung stellt sicher, daß ein eventuelles Defizit einer Pflegekasse nicht durch die Betriebsmittel der Krankenkasse, bei der sie errichtet ist, gedeckt werden kann.

Zu Nummer 12 (§ 269 Abs. 1)

Die Streichung ist eine Folgeänderung zu Nummer 6.

Zu Nummer 13 (§ 275)

Zu Buchstabe a

Durch diese Vorschrift werden die Krankenkassen berechtigt und verpflichtet, in Fällen, in denen ihren Mitarbeitern aufgrund von Diagnose, Befundbericht oder sonstigen Untersuchungsergebnissen keine klare Entscheidung über das Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit möglich ist, eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einzuholen. Diese Einschaltung des Medizinischen Dienstes zur Ausräumung medizinischer Zweifelsfragen bei der Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit hat unverzüglich zu erfolgen.

Zu Buchstabe b

Die Streichung ist eine Folgeänderung zu Nummer 6.

Zu Nummer 14 (§ 276 Abs. 4 a)

Die Vorschrift ergänzt die bisherigen Regelungen über die Zusammenarbeit und den für den Medizinischen Dienst geltenden Datenschutz. Im Hinblick auf Artikel 13 GG wird eine gesetzliche Grundlage geschaffen, die den Ärzten des Medizinischen Dienstes die Befugnis einräumt, den Versicherten in seiner Wohnung aufzusuchen. Dies gilt aber nur, wenn beispielsweise aus den Befundberichten hervorgeht, daß der Versicherte sich nicht fortbewegen kann oder nicht transportfähig ist, oder der Versicherte selbst dies mitteilt und deshalb zu einem Untersuchungstermin nicht erscheint. Stimmt der Versicherte der Untersuchung in seiner Wohnung nicht zu, obwohl er nach den ärztlichen Unterlagen oder seiner eigenen Einschätzung nur dort untersucht werden kann, verweigert er seine Mitwirkung an der Feststellung der Leistungsvoraussetzungen. Die Kasse kann ihm dann nach pflichtgemäßem Ermessen die Leistung kürzen oder ganz versagen.

Zu Nummer 15 (§ 284 Abs. 1)

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu Nummer 4.

Zu Artikel 5 — Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Buchstabe a bis d

Die Änderungen sind redaktionelle Anpassungen.

Zu Nummer 2 (§ 3)

Zu Buchstabe a

Die Regelung begründet für Pflegepersonen im Sinne des § 17 SGB XI eine Versicherungspflicht in der Rentenversicherung. Die Versicherungspflicht setzt nicht voraus, daß der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung pflegeversichert ist, sondern nur, daß der Pflegebedürftige Leistungen bei häuslicher Pflege bezieht. Sie erfaßt also auch Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen pflegen, der eine entsprechende private Pflegeversicherung abgeschlossen hat.

Zu Buchstabe b

Die Einfügung dient der erforderlichen Abgrenzung zwischen dem Personenkreis der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, für die das SGB XI besondere Vergünstigungen vorsieht, und dem Personenkreis der erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen (z. B. Pflegepersonen in einem Arbeitnehmerverhältnis oder selbständig tätige Pflegepersonen im Sinne des § 2 Nr. 2). Die Regelung geht davon aus, daß eine Vergütung der Pflegetätigkeit mit einem Betrag bis zur Höhe des Pflegegeldes, das der Pflegebedürftige nach § 33 SGB XI zu beanspruchen hat oder bei Versicherungspflicht zu beanspruchen hätte, um seine Pflege in geeigneter Weise sicherzustellen, nicht dazu führen darf, die Pflegetätigkeit als erwerbsmäßig anzusehen. Bei einer darüber hinausgehenden Vergütung ist aufgrund der Umstände des Einzelfalles nach den allgemeinen Kriterien zu beurteilen, ob eine erwerbsmäßige Pflegetätigkeit vorliegt. Dabei ist jeweils der Umfang der Pflegetätigkeit zu berücksichtigen. Die volle Höhe des Pflegegeldes nach § 33 SGB XI ist daher nur dann maßgebend, wenn die erforderliche Pflege auch voll übernommen wird. Bei einer nur teilweisen Übernahme der Pflege (wie z. B. bei einer Aufteilung der Pflegetätigkeit auf mehrere Pflegepersonen) ist der entsprechende anteilige Betrag maßgebend.

Zu Nummer 3 (§ 5 Abs. 2)

Die Ergänzung schließt eine geringfügige nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeit von der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung aus. Damit soll grundsätzlich vermieden werden, daß durch eine nicht erwerbsmäßige Tätigkeit Pflichtversicherungszeiten in der Rentenversicherung leichter erworben werden können als durch eine erwerbsmäßige Tätigkeit, insbesondere durch eine Beschäftigung als Arbeitnehmer. Von einer vollen Übertragung der Geringfügigkeitsregelungen für Beschäftigte und selbständig Tätige wurde jedoch abgesehen, um einerseits die Gefahr einer Umgehung der Geringfügigkeitsregelung zu vermindern und andererseits dem Ziel des SGB XI, die nicht erwerbsmäßige Pflege soweit wie möglich zu fördern, zu entsprechen. Daher soll auch eine Zusammenrechnung einer geringfügigen Pflegetätigkeit mit einer geringfügigen Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit nicht erfolgen.

Zu Nummer 4 (§ 24)

Hat ein Versicherter, dessen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebender Ehegatte pflegebedürftig ist, aus Anlaß der Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme Anspruch auf Übergangsgeld, ist die Zahlung eines erhöhten Übergangsgeldes nicht mehr gerechtfertigt, da der Pflegebedürftige nunmehr nach den §§ 32 bis 38 SGB XI Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege hat. Das Übergangsgeld hat, soweit es erhöht ist, die Funktion eines Ausgleichs für ein aufgrund pflegerischer Tätigkeit entgangenes Arbeitsentgelt, denn seine Gewährung setzt voraus, daß Rehabilitanden, die selbst oder deren Ehegatten pflegebedürftig sind, deshalb eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben können. Diese Ausgleichsfunktion kommt nun auch dem Pflegegeld zu, da dieses auch für die Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen, an denen Ehegatten pflegebedürftiger Personen teilnehmen, weitergewährt wird. Deshalb bedarf es in diesen Fällen nicht mehr des erhöhten Übergangsgeldes. Dagegen soll Rehabilitanden, die selbst pflegebedürftig sind und aufgrund des Ruhens des Anspruchs auf Pflegeleistungen während ihrer Teilnahme an stationären medizinischen und berufsfördernden Maßnahmen kein Pflegegeld erhalten, weiterhin ein erhöhtes Übergangsgeld gewährt werden.

Zu Nummer 5 (§ 57)

Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege sind ab 1. Januar 1994 Beitragszeiten. Ab diesem Zeitpunkt ist eine Anrechnung von Berücksichtigungszeiten wegen Pflege nicht mehr erforderlich. Die Anrechnung von Berücksichtigungszeiten wegen Pflege erfolgt nur noch übergangsweise für Personen, die in der Zeit vom 1. Januar 1992 bis zum 31. Dezember 1993 eine nicht erwerbsmäßige Pflege ausgeübt und eine Anrechnung dieser Zeit als Berücksichtigungszeit beantragt haben. Deshalb werden die entsprechenden Vorschriften in das Fünfte Kapitel eingeordnet (§ 249b).

Zu Nummer 6 (§ 68 Abs. 3)

Die Ergänzung stellt sicher, daß bei der Veränderung des aktuellen Rentenwertes erstmals bei der Rentenanpassung zum 1. Juli 1995 bei der Bildung der Rentennettoquote auch die Belastung der Rentner mit ihrem Beitragsanteil zur Pflegeversicherung berücksichtigt wird.

Zu Nummer 7 (§ 106a)

Für Rentenbezieher, die in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sind, werden die Beiträge zur Pflegeversicherung zur Hälfte von den Trägern der Rentenversicherung getragen.

Rentenbezieher, die sich bei einem privaten Versicherungsunternehmen pflegeversichert haben, müssen ihre Prämien alleine tragen. Deshalb erhalten sie wie die freiwillig oder privat Krankenversicherten zu ihren Aufwendungen für die private Pflegeversicherung einen Zuschuß, der dem Betrag entspricht, den ein Rentenbezieher erhält, der in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert ist. Er wird begrenzt auf die Hälfte der tatsächlichen Aufwendungen.

Zu Nummer 8 (§ 111 Abs. 2)

Die Ergänzung stellt sicher, daß der Zuschuß für die Pflegeversicherung ebenso wie der Zuschuß zur Krankenversicherung nicht gezahlt wird, wenn der Rentner seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hat.

Zu Nummer 9 (§ 141 Abs. 1)

Die Änderung stellt sicher, daß auch nach Aufgabe oder neben einer knappschaftlichen Beschäftigung aufgrund einer nicht erwerbsmäßigen Pflegetätigkeit die Bundesknappschaft für die Durchführung der Versicherung zuständig bleibt.

Zu Nummer 10 (§ 166)

Die Regelung bestimmt die beitragspflichtigen Einnahmen bei Pflegepersonen, für die eine Versicherungspflicht in der Rentenversicherung begründet wird. Um einen ausreichenden sozialen Schutz zu gewährleisten, sollen sie nicht in einem eventuell gezahlten Entgelt bestehen. Vielmehr soll die Sicherung entsprechend dem pflegerischen Aufwand erfolgen. Bei Pflege eines Schwerstpflegebedürftigen werden deshalb 80 v. H. der Bezugsgröße zugrundegelegt; bei Pflege eines Schwerpflegebedürftigen entsprechend der Relation für das Pflegegeld nach § 33 SGB XI zwei Drittel und bei Pflege eines erheblich Pflegebedürftigen ein Drittel hiervon. Ist der Umfang der einzelnen Pflegetätigkeit deshalb geringer, weil mehrere Pflegepersonen sich die Pflegetätigkeit teilen, sollen sich die beitragspflichtigen Einnahmen

entsprechend dem Umfang der einzelnen Pflgetätigkeit auf die Pflegepersonen verteilen.

Zu Nummer 11 (§ 170 Abs. 1)

Die Regelung bestimmt die Beitragstragung bei Pflegepersonen. Diese soll durch die Pflegekassen erfolgen, wenn der Pflegebedürftige in der Pflegeversicherung versicherungspflichtig ist. Um das Ziel einer besseren sozialen Sicherung von Pflegepersonen in der Rentenversicherung zu erreichen und um eine gleiche Behandlung von Pflgetätigkeiten sicherzustellen, ist es erforderlich, die Tragung der Beiträge für Pflegepersonen auch in den Fällen zu bestimmen, in denen Pflegebedürftige in der Pflegeversicherung versicherungsfrei sind. Da die private Pflegeversicherung den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertige Leistungen zur Verfügung stellt, hat sie auch die Beiträge zur Rentenversicherung zu tragen.

Zu Nummer 12 (§ 177)

Die Regelung wird im Übergangsrecht als § 279e für die Zeit bis zum Inkrafttreten der Neuregelungen über die Versicherung von Pflegepersonen fortgeführt.

Zu Nummer 13 (§ 199)

Die Vermutung einer ordnungsgemäßen Beitragszahlung soll auch für die Fälle gelten, für die Zeiten einer nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege den Trägern der Rentenversicherung ordnungsgemäß gemeldet worden sind.

Zu Nummer 14 (§ 231)

Die Änderung stellt in Übereinstimmung mit der neueren Rechtsprechung zur Anrechnung von Kindererziehungszeiten sicher, daß auch der in dieser Vorschrift genannte Personenkreis bei einer nicht erwerbsmäßigen Pflgetätigkeit in den Genuß der Versicherung nach § 3 Satz 1 Nr. 1 a kommt.

Zu Nummer 15 (§ 249b)

Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege sind ab Januar 1994 Beitragszeiten. Die mit dem Rentenreformgesetz 1992 eingeführten Berücksichtigungszeiten wegen Pflege sind deshalb auf die Zeit bis zum 31. Dezember 1993 zu begrenzen. Im übrigen entsprechen die für die Anrechnung von Berücksichtigungszeiten wegen Pflege geforderten Voraussetzungen dem bis zum 31. Dezember 1993 geltenden Recht.

Satz 2 stellt sicher, daß auch bei Antragstellung nach Außerkrafttreten des § 57 Abs. 2 Berücksichtigungszeiten wegen Pflege vor dem 1. Januar 1994 im

gleichen Umfang angerechnet werden können wie nach dem bisher geltenden Recht.

Zu Nummer 16 (§ 254 d Abs. 1)

Für im Beitrittsgebiet zurückgelegte Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege sind — wie auch für die übrigen Beitragszeiten im Beitrittsgebiet — Entgeltpunkte (Ost) zu ermitteln.

Zu Nummer 17 (§ 279e)

Die Vorschrift regelt für den Übergangszeitraum vom 1. Januar 1992 bis zum 31. Dezember 1993 die Beitragszahlung von Pflegepersonen entsprechend dem bisherigen § 177.

Zum Dritten Teil — Änderung weiterer Gesetze

Zu Artikel 6 — Änderung der Reichsversicherungsordnung

§ 40 SGB XI gibt die Verbesserung der sozialen Sicherung auch der Pflegepersonen vor. Zur Umsetzung dieser Vorgabe ist für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung eine Änderung der Reichsversicherungsordnung erforderlich.

Zu Nummer 1 (§ 539 Abs. 1)

Durch diese Ergänzung werden Pflegepersonen bei der Pflege von Pflegebedürftigen im Sinne des § 12 SGB XI kraft Gesetzes in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen. Entsprechend § 17 SGB XI ist Voraussetzung für den Versicherungsschutz in der Unfallversicherung, daß die Pflgetätigkeit nicht erwerbsmäßig, in häuslicher Umgebung sowie in einem Umfang von mindestens 14 Stunden wöchentlich erbracht wird. Der Versicherungsschutz nach § 539 Abs. 1 Nr. 1 für Beschäftigte oder Auszubildende, nach Absatz 1 Nr. 5 in Verbindung mit § 777 Nr. 1 für in landwirtschaftlichen Haushaltungen Tätige, nach Absatz 1 Nr. 7 für im Gesundheitswesen oder in der Wohlfahrtspflege Tätige sowie nach Absatz 1 Nr. 13 für ehrenamtlich Tätige im öffentlichen Bereich (Bund, Land, Gemeinde sowie andere Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts) geht dem neu geschaffenen Versicherungsschutz für Pflegepersonen im häuslichen Bereich vor.

Um Tätigkeiten der Pflege in häuslicher Umgebung von allgemeinen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten abzugrenzen und damit die versicherten Pflgetätigkeiten zu konkretisieren, ist auf die in § 12 Abs. 4 SGB XI aufgeführten Pflgetätigkeiten Bezug genommen. Tätigkeiten in den Bereichen der Ernährung (das Vor- und Zubereiten, das Kochen und die Aufnahme der Nahrung), der Mobilität (das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wie-

deraufsuchen der Wohnung) und der hauswirtschaftlichen Versorgung (Einkaufen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Bettwäsche und Kleidung sowie das Beheizen der Wohnung) sind nur dann versicherte Tätigkeiten mit der Folge eines Unfallversicherungsschutzes, wenn sie überwiegend dem Pflegebedürftigen zugute kommen. Nicht versichert bleiben damit auch künftig Tätigkeiten, die überwiegend der gesamten Wohnungsgemeinschaft, gleichzeitig aber auch dem Pflegebedürftigen nutzen. So soll beispielsweise die Nahrungszubereitung für eine mehrköpfige Familie, die einen pflegebedürftigen Verwandten in ihrem Haushalt aufgenommen hat, nicht deswegen zur versicherten Tätigkeit werden, weil der Pflegebedürftige ebenfalls das Familienessen einnimmt. Im Beispiel steht nämlich die Versorgung der Familie und nicht die Pflege im Vordergrund der Nahrungszubereitung.

Zu Nummer 2 (§ 541 Abs. 1)

Diese Vorschrift stellt bestimmte Personengruppen, die nach allgemeinen Regeln in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert sein könnten, von der Versicherung frei. Zu diesem freigestellten Personenkreis gehören auch bestimmte Verwandte des Haushaltsvorstands oder seines Ehegatten bei unentgeltlicher Beschäftigung im Haushalt.

Durch das Pflege-Versicherungsgesetz soll insbesondere die Pflege im häuslichen Bereich durch Verwandte gefördert werden. Die Änderung dieser Vorschrift stellt daher sicher, daß die Versicherungsfreiheit bei Pflegetätigkeiten im Sinne der Ergänzung des § 539 Abs. 1 Nr. 19 nicht greift, sondern Versicherungsschutz kraft Gesetzes auch bei Pflegepersonen eintritt, die zu der pflegebedürftigen Person in einem engen verwandtschaftlichen Verhältnis stehen.

Zu Nummer 3 (§ 637)

Durch die §§ 636, 637 wird die Haftpflicht des Unternehmers gegenüber den in seinem Unternehmen tätigen Versicherten, deren Angehörige und Hinterbliebene sowie die Haftpflicht von in demselben Betrieb tätigen Versicherten untereinander für Personenschäden durch Arbeitsunfall auf die Fälle beschränkt, in denen der Arbeitsunfall vorsätzlich herbeigeführt wurde.

Diese Haftungsbeschränkung auf Vorsatz soll durch die Ergänzung auch im Verhältnis zwischen Pflegebedürftigem und Pflegeperson sowie im Verhältnis mehrerer Pflegepersonen desselben Pflegebedürftigen untereinander Anwendung finden.

Zu Nummer 4 (§ 657 Abs. 1)

Die Ergänzung ist eine Zuständigkeitsregelung. Schon nach geltendem Recht sind die Gemeinden und Gemeindeunfallversicherungsverbände Träger der Unfallversicherung für Versicherte in Haushaltungen.

Hieran anknüpfend und weil die Zuordnung der nicht erwerbsmäßigen Pflegetätigkeit im häuslichen Bereich zu einer gewerblichen Berufsgenossenschaft nicht sinnvoll erscheint, werden die Gemeinden und Gemeindeunfallversicherungsverbände sachlich zuständig für die Versicherung des Personenkreises der Pflegepersonen nach § 539 Abs. 1 Nr. 19.

Zu Nummer 5 (§ 770)

Die Förderung der Pflegetätigkeit im häuslichen Bereich als eine herausragende soziale, uneigennützige Aufgabe soll nicht dadurch erschwert werden, daß für die Pflegepersonen von den Gemeinden Beiträge zur Finanzierung ihres Unfallversicherungsschutzes erhoben werden. Schon nach geltendem Recht ist eine Beitragserhebung für bestimmte gemeinnützige Tätigkeiten (z. B. Unglückshilfe, Blutspenden) durch die Gemeinden und Gemeindeunfallversicherungsverbände gesetzlich ausgeschlossen.

Zu Artikel 7 — Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes

Zu Nummer 1 (§ 44 Abs. 2)

Arbeitnehmern, die nach einer Zeit der nicht erwerbsmäßigen Betreuung einer pflegebedürftigen Person in das Erwerbsleben zurückkehren, soll ebenso wie Berufsrückkehrern nach Zeiten der Kindererziehung die Möglichkeit des Bezuges eines Teilunterhaltsgeldes eröffnet werden. Können diese Arbeitnehmer wegen anhaltender Pflegeaufgaben eine Bildungsmaßnahme mit ganztägigem Unterricht nicht besuchen, so wird ihnen die Möglichkeit eröffnet, bei Bezug von Teilunterhaltsgeld an einer Teilzeitlehrbildungsmaßnahme teilzunehmen.

Zu Nummer 2 (§ 46 Abs. 1)

Um Personen, die sich eine Zeitlang der nicht erwerbsmäßigen Pflege pflegebedürftiger Menschen gewidmet haben, den Wiedereinstieg in den Beruf zu erleichtern, soll eine Gleichstellung der Pflegetätigkeit mit der Erziehungstätigkeit erfolgen. Das bedeutet, daß ein dem Grunde nach erworbener Anspruch auf Unterhaltsgeld nach dem Arbeitsförderungsgesetz auch noch dann besteht, wenn sich ein Arbeitnehmer fünf Jahre lang der Pflege, z. B. eines Angehörigen, gewidmet hat.

Zu Nummer 3 (§ 56 Abs. 3)

Die Änderung ist eine Folgeänderung, die sich aus der Einführung eines weiteren Sozialversicherungszweiges ergibt.

Zu Nummer 4 (§ 138 Abs. 3)

Die Änderung dient der Klarstellung. Wie Pflegegeld, Pflegezulagen und vergleichbare Leistungen, die gegenwärtig nach bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften gewährt werden, um einen Mehrbedarf des Pflegebedürftigen zu decken, sollen die Dienst-, Sach- und Geldleistungen nach dem SGB XI nach § 138 Abs. 3 Nr. 1 bei der Arbeitslosenhilfe nicht als Einkommen berücksichtigt werden.

Zu Nummer 5 (§ 141n Abs. 1)

Rückständige Pflichtbeiträge zur sozialen Pflegeversicherung, die auf Arbeitsentgelte für die letzten der Eröffnung des Konkursverfahrens vorausgehenden drei Monate des Arbeitsverhältnisses entfallen, sollen wie die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung sowie die Beiträge zur Bundesanstalt für Arbeit vom Arbeitsamt entrichtet werden.

Zu Artikel 8 — Änderung des Bundesversorgungsgesetzes

Zu Nummer 1 (§ 10)

Zu Buchstabe a und b

Die Änderungen übertragen den Grundsatz des Vorrangs von Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung des Eintritts von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI in das soziale Entschädigungsrecht.

Zu Nummer 2 (§ 11)

Zu Buchstabe a

Auf die Begründung zu Nummer 1 wird verwiesen.

Zu Buchstabe b

Die Leistungen des SGB XI stehen grundsätzlich auch den Berechtigten nach dem BVG und nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des BVG vorsehen, zur Verfügung. Deswegen sind die bisherigen Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit nach § 11 Abs. 4 zu streichen.

Zu Nummer 3 (§ 12 Abs. 3)

Auf die Begründung zu Nummer 1 wird verwiesen.

Zu Nummer 4 (§ 19)

Zu Buchstabe a

Die Änderung ergibt sich aus dem Wegfall der Leistungen nach den §§ 11 Abs. 4 und 12 Abs. 5.

Zu Buchstabe b

Die Änderungen sind redaktionelle Anpassungen.

Zu Nummer 5 bis 12 (§§ 25b, 25e, 25f, 26c, 26d, 27d, 27g, 27j)

Das Recht der Kriegsofopferfürsorge weist nach wie vor in weiten Teilen Parallelität zum Sozialhilferecht auf; einige Vorschriften sind wortgleich, zum Teil wird auf das BSHG verwiesen. Allerdings hebt sich das Recht der Kriegsofopferfürsorge aufgrund seines entschädigungsrechtlichen Charakters im Leistungsumfang grundsätzlich vom Sozialhilferecht ab. Vor diesem Hintergrund entsprechen die durch Einführung der Pflegeversicherung bedingten Änderungen im Recht der Kriegsofopferfürsorge im wesentlichen denen im BSHG. Bei allen mit der Einführung der Pflegeversicherung verbundenen Vorteilen muß allerdings angesichts des mit 76 Jahren hohen Durchschnittsalters der Empfänger von KOF-Leistungen auch jedwede Schlechterstellung gegenüber der bisherigen Rechtslage vermieden werden.

Zu Nummer 5 (§ 25b Abs. 1)

Die Regelung entspricht derjenigen in Artikel 15 Nr. 1.

Zu Nummer 6 und 7 (§§ 25e Abs. 3 und 25f Abs. 2)

Die Änderungen sind redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Neufassung des § 26c.

Zu Nummer 8 (§ 26c)

Die Regelungen entsprechen grundsätzlich denen in Artikel 15 Nr. 2 und 3.

Die Neuformulierung dient der Anpassung des Pflegebegriffs an denjenigen der Pflegeversicherung. Die Gefahr einer unterschiedlichen Interpretation des im SGB XI, im BSHG und im Recht der Kriegsofopferfürsorge verwandten Begriffs „Hilfe zur Pflege“ wird dadurch vermieden.

Nach Absatz 1 Satz 2 ist Hilfebedürftigen, die nicht pflegebedürftig im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind, ebenfalls Hilfe zur Pflege zu gewähren. Diese Bestimmung entspricht der bisherigen Rechtslage.

Während Artikel 15 Nr. 2 (§ 68 Abs. 1 Satz 2 BSHG) für den genannten Personenkreis in der Sozialhilfe nur noch eine Ermessensleistung vorsieht, schließt Absatz 1 Satz 2 für die Kriegsofopfer eine mögliche Schlechterstellung aus.

Die Regelungen über den Leistungsumfang sind so abgefaßt, daß die in ihrem Umfang begrenzten Leistungen des SGB XI bei Bedürftigkeit bedarfsdeckend aus Mitteln der Kriegsofopferfürsorge aufgestockt werden können. Auf die Begründung zu Artikel 15 Nr. 3 wird verwiesen.

Zu Nummer 9 bis 11 (§§ 26 d, 27 d, 27 g)

Die Änderungen sind redaktionelle Änderungen aufgrund der Neufassung des § 26c.

Zu Nummer 12 (§ 27j)

Die Regelung in Satz 1 stellt eine Übergangsregelung für diejenigen Schwerstpflegebedürftigen dar, die bisher ein Pflegegeld nach § 26c Abs. 6 Satz 2 erhalten haben. Sofern die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für das Pflegegeld nach dieser Vorschrift auch nach dem 31. Dezember 1993 vorliegen, erhalten Pflegegeldempfänger weiterhin den Teil des Pflegegeldes, der die Leistungen der Pflegeversicherung übersteigt. Maßgebend für die Berechnung des weitergewährten Pflegegeldes ist der bis zum 31. Dezember 1993 gezahlte Pflegegeldbetrag.

Satz 2 soll sicherstellen, daß die Kriegsopter, die bisher neben dem Pflegegeld Leistungen zur hauswirtschaftlichen Versorgung erhielten, diese neben dem Pflegegeld nach SGB XI oder § 26c bei unverändertem Bedarf auch weiter erhalten, obwohl nach der neuen Definition des Pflegebegriffs dieser auch den Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung umfaßt. Die Regelung zur Wahrung eines Besitzstandes ist erforderlich, um jede Schlechterstellung der mittlerweile hoch betagten Empfänger von Kriegsopterfürsorgeleistungen auszuschließen.

Zu Nummer 13 (§ 35)

Die Neuformulierung des § 35 Abs. 1 ist im Zusammenhang mit der Einführung des SGB XI erforderlich geworden, um eine klare Abgrenzung zum Begriff der Pflegebedürftigkeit nach den Vorschriften der §§ 12 und 13 SGB XI zu erreichen, bei denen für einen weiteren Pflegebedürftigkeitsbegriff die gleichen Umschreibungen wie für den Pflegebedürftigkeitsbegriff nach § 35 Abs. 1 gewählt worden sind. Die neuen Formulierungen stellen sicher, daß die Anforderungen an die Pflegebedürftigkeit nach § 35 weder eingeschränkt noch erweitert werden. Zu diesem Zweck werden Umschreibungen zur Definition herangezogen, wie sie über Jahrzehnte von der Rechtsprechung und Verwaltung zur Ausfüllung des Begriffs „in erheblichem Umfang“ entwickelt worden sind.

Der Umfang der regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens, die der Beschädigte ohne fremde Hilfe nicht ausführen kann, richtet sich nach dem Verhältnis der dem Beschädigten ohne fremde Hilfe nicht mehr möglichen Verrichtungen zu denen, die er auch ohne fremde Hilfe noch bewältigen kann. In der Regel wird dabei auf die Zahl der Verrichtungen, den wirtschaftlichen Wert der Hilfe und den zeitlichen Aufwand abgestellt. Entscheidend ist, daß der Beschädigte bei zahlreichen Verrichtungen im Ablauf eines jeden Tages fremde Hilfe in regelmäßiger Wiederkehr benötigt. Dabei genügt es, wenn es sich um eine Reihe von Verrichtungen handelt, die häufig und regelmäßig wiederkehren und die eine fremde Person in so erheblichem Maße in

Anspruch nehmen, daß deren Hilfe oder Hilfsbereitschaft einen wirtschaftlich meßbaren Wert hat. Diese Grundsätze des bisher in § 35 Abs. 1 verwandten Begriffs „in erheblichem Umfang“ werden durch die Formulierung „für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung seiner persönlichen Existenz“ voll berücksichtigt. Die Worte „Verrichtungen zur Sicherung seiner persönlichen Existenz“ bringen deutlicher zum Ausdruck, daß es sich bei den „gewöhnlichen Verrichtungen“ um Verrichtungen handelt, die den höchstpersönlichen Lebensbereich des Beschädigten betreffen, die für die körperliche Existenz des Beschädigten und für die Pflege seiner Person notwendig sind und ohne die er nicht bestehen kann.

Ergänzend wird in Satz 3 erstmalig die Gleichstellung von Überwachung und Anleitung sowie die Notwendigkeit dauernder Bereitschaft zur Hilfeleistung mit den aktiven Hilfstätigkeiten normiert; jedoch bedeutet auch dies keine Änderung der bisherigen Rechtslage, da lediglich die von der Rechtsprechung in Jahrzehnten entwickelten Auslegungskriterien rechtsanwenderfreundlich in die Vorschriften übernommen werden.

Zu Nummer 14 (§ 40 b)

Der mit dem KOV-Strukturgesetz 1990 eingeführte Pflegeausgleich für Witwen soll wesentlich verbessert und auf unentgeltlich pflegende Elternteile ausgedehnt werden.

Durch die vorgesehene Regelung soll die Zahl der ausgleichsfähigen Pflegejahre vergrößert werden. Können beispielsweise nach derzeitiger Rechtslage bei einer 30jährigen Pflegezeit nur 10 Jahre mit 5 v. H. der bezogenen Pflegezulage — in der jeweils aktuellen Höhe — abgegolten werden (bei Pflegestufe II derzeit mtl. 53 DM), so soll sich künftig im gleichen Fall die Zahl der ausgleichsfähigen Jahre auf 20 erhöhen, die mit 10 v. H. abgegolten werden sollen. Durch die vorgeschlagene Neuregelung wird nicht nur der jetzt berechnete Personenkreis bessergestellt, sondern es werden auch in erheblichem Umfang Ansprüche für Witwen eröffnet, die nur eine Pflegezeit zwischen 10 und 20 Jahren nachweisen. Darüber hinaus werden in die Neuregelung auch die pflegenden Elternteile einbezogen, was wegen der Regelung des § 35 Abs. 2 nur konsequent ist.

Die Regelung ist sozialpolitisch sinnvoll und geboten, da die rentenversicherungsrechtliche Absicherung der unentgeltlich tätigen Pflegepersonen für zukünftige Pflegeleistungen konzipiert ist, während die vorliegende Regelung die Fälle der jahrzehntelangen unentgeltlichen Pflege in der Vergangenheit erfaßt.

Zu Nummer 15 (§ 53 a)

Die Vorschrift regelt die Erstattung von Beiträgen zur privaten Pflege-Pflichtversicherung für rentenberechtigte Beschädigte und Hinterbliebene.

Zu Nummer 16 (§ 84)

Die Vorschrift ist zur Wahrung des Besitzstandes von Berechtigten mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland erforderlich.

**Zu Artikel 9 — Änderung des
Arbeitssicherstellungsgesetzes**

Zu Nummer 1 (§ 18)

Durch die Ergänzung wird wie für die anderen Zweige der Sozialversicherung klarstellend bestimmt, daß Personen in einem Arbeitsverhältnis, das durch Verpflichtung nach dem Arbeitssicherstellungsgesetz begründet worden ist, der Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung unterliegen, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist.

Zu Nummer 2 (§ 19a)

Ist der Verpflichtete gegen das Risiko Pflegebedürftigkeit privat versichert, bleibt diese Versicherung auch für das durch Verpflichtung nach dem Arbeitssicherstellungsgesetz begründete Arbeitsverhältnis bestehen. Dadurch wird eine Doppelversicherung des Pflegefallrisikos vermieden. Zur Vermeidung finanzieller Benachteiligung während der Verpflichtung wird ferner bestimmt, daß der privat Pflegeversicherte den Prämienzuschuß nach § 68 SGB XI in der ihm vor der Verpflichtung gewährten Höhe weiter erhält, gegebenenfalls durch anteilige Zahlungen des bisherigen Dienstherrn oder Arbeitgebers und des neuen Arbeitgebers.

Zu Artikel 10 — unbesetzt

**Zu Artikel 11 — Änderung des Künstler-
sozialversicherungsgesetzes**

Zu Nummer 1 (§ 1)

Der Kreis der selbständigen Künstler und Publizisten, der grundsätzlich nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz (KSVG) in der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung versichert ist, soll auch im Rahmen der Künstlersozialversicherung pflegeversichert sein. Dabei geht die Versicherungspflicht nach dem KSVG der nach dem SGB XI vor. Bei Versicherungsfreiheit nach dem KSVG ist die Versicherungspflicht nach dem SGB XI zu prüfen.

Zu Nummer 2 (§ 5)

§ 5 bestimmt die Fälle, in denen es in der gesetzlichen Krankenversicherung eines besonderen Schutzes durch das KSVG nicht bedarf. Soweit eine Schutzbedürftigkeit in der Krankenversicherung besteht, kann sie auch für die Pflegeversicherung angenommen werden. Die Tatbestände, die zur Versicherungsfrei-

heit in der gesetzlichen Krankenversicherung führen, sollen daher auch für die Versicherungsfreiheit in der sozialen Pflegeversicherung gelten.

Entsprechend dem Grundsatz, daß die Pflegeversicherung der Krankenversicherung folgt, soll Versicherungsfreiheit auch eintreten, wenn sich der Künstler oder Publizist von der Krankenversicherungspflicht hat befreien lassen, es sei denn, er versichert sich freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Nummer 3 (§ 8 Abs. 1)

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung.

Zu Nummer 4 (§ 9)

Die Vorschrift räumt — entsprechend § 23 SGB XI — die Möglichkeit ein, einen privaten Pflegeversicherungsvertrag zu kündigen.

Zu Nummer 5 (§ 10a)

Die Vorschrift übernimmt für die Pflegeversicherung die Regelung des § 10 Abs. 2 über den Beitragszuschuß für von der Krankenversicherungspflicht Befreite.

Zu Nummer 6 und 7 (§§ 11 und 12)

Die Änderungen sind redaktionelle Anpassungen.

Zu Nummer 8 (§ 16a)

Die Vorschrift enthält die Regelung über den von dem Versicherten an die Künstlersozialkasse zu zahlenden Beitragsanteil zur Pflegeversicherung. Bei wiederholter Nichtzahlung ist — anstelle des Ruhens der Leistungen in der Krankenversicherung — die Versicherungsfreiheit nach dem KSVG mit der Folge vorgesehen, daß Versicherungspflicht nach den allgemeinen Vorschriften eintritt.

Zu Nummer 9 (§ 17)

Der Vorrang, den § 17 bei Teilzahlungen den Verpflichtungen gegenüber der Krankenkasse einräumt, wird auf die Verpflichtungen gegenüber der Pflegekasse ausgedehnt.

Zu Nummer 10 (§ 26 Abs. 2)

Mit dieser Änderung werden die Aufwendungen der Künstlersozialkasse für die Pflegeversicherung in die Berechnungsgrundlagen für die Künstlersozialabgabe einbezogen.

Zu Nummer 11 (§ 55)

Während grundsätzlich die Versicherungspflicht nach dem KSVG mit der Meldung bei der Künstlersozialkasse einsetzt, soll für die von der Künstlersozialkasse bereits erfaßten Künstler und Publizisten die Versicherungspflicht mit dem Inkrafttreten des SGB XI beginnen.

Die bisherige Fassung des § 55 ist durch Zeitablauf überholt.

Zu Nummer 12 (§ 57)

Die Vorschrift ermächtigt das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung im Hinblick auf die Einführung der sozialen Pflegeversicherung zum 1. Januar 1994 zur Neufestsetzung der Vomhundertsätze der Künstlersozialabgabe für das Jahr 1994.

Zu Artikel 12 — Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Die Regelung entfällt wegen der Streichung der §§ 53 bis 57 SGB V durch Artikel 4 Nr. 6.

Zu Artikel 13 — Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation

Die Änderung ist eine Folgeänderung, die sich aus der Einführung des SGB XI ergibt.

Zu Artikel 14 — Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Die Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) dient einem doppelten Zweck:

1. Durch den Abbau von Krankenhausbetten, die derzeit mit Pflegefällen oder sonstigen Patienten belegt sind, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, soll die gesetzliche Krankenversicherung in einer Größenordnung von rund 2,7 Mrd. DM von vermeidbaren Krankenhauskosten entlastet werden.
2. Die von dem Bettenabbau betroffenen Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen sollen nach Möglichkeit nahtlos, unter Übernahme von Personal, in wirtschaftlich selbständige, bürgernahe ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen umgewidmet werden.

Damit wird zugleich die Reform des Krankenhausrechts durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1992 fortgesetzt.

Der Abbau von Fehlbelegungen in den Krankenhäusern führt nicht nur zu einer spürbaren Entlastung der Beiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung; damit soll zu-

gleich ein Teil der Belastungen ausgeglichen werden, die durch Pflichtbeiträge zur Pflegeversicherung auf die deutsche Wirtschaft zukommen. Es würde allerdings keinen Sinn machen, wenn auf der einen Seite Krankenhausbetten abgebaut würden, die auf der anderen Seite für die Versorgung von Pflegebedürftigen wieder aufgebaut werden müßten. Die vorgeschlagenen Änderungen zum KHG verbinden daher konkrete Vorgaben zum Abbau nicht mehr bedarfsnotwendiger Krankenhausbetten mit dem Angebot an die Krankenhausträger, frei werdende Krankenhauskapazitäten mit finanzieller Unterstützung der öffentlichen Hand (vgl. § 9 Abs. 2 Nr. 6) in den notwendigen Auf- und Ausbau der pflegerischen Infrastruktur einzubringen. Krankenhausabteilungen, die in Pflegeeinrichtungen umgewidmet werden, eignen sich insbesondere für eine bürgernahe Kurzzeit- und Urlaubspflege, für die ein wachsender Bedarf besteht. Überdies ermutigt das Pflege-Versicherungsgesetz u. a. auch die Krankenhäuser, dort — wo ein Bedarf an qualifizierten, ambulanten Pflegediensten besteht — Sozialstationen einzurichten. Durch einen solchen Versorgungsverbund können nicht nur Regiekosten gespart, sondern die Erfahrungen aus der Krankenhausbehandlung für die ambulante und stationäre Pflege (und umgekehrt) nutzbar gemacht und damit beide Bereiche im Interesse einer leistungsfähigen medizinischen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung eng miteinander verzahnt werden. Die Verwirklichung dieses Ziels darf aber nicht dadurch beeinträchtigt werden, daß der notwendige Abbau nicht mehr benötigter Krankenhausbetten mit einem schematischen Personalabbau in den Krankenhäusern verbunden wird. Es soll vielmehr versucht werden, die durch den Bettenabbau rechnerisch „freiwerdenden“ Krankenhausmitarbeiter für eine Mitarbeit in den neuen Pflegeeinrichtungen zu gewinnen. Dort werden insbesondere in der Pflege erfahrene Fach- und Hilfskräfte benötigt. Mit den vorgeschlagenen Änderungen zum KHG werden die Pflegesatzparteien einerseits zwar in die Pflicht genommen, bei der Pflegesatzbemessung für das Jahr 1996 die pflegesatzrechtlichen Konsequenzen aus dem vorgegebenen Bettenabbau zu ziehen; sie sind aber andererseits gehalten, in ihren Pflegesatzvereinbarungen Regelungen zu treffen, die einer nahtlosen Übernahme von Krankenhauspersonal durch die neuen Pflegeeinrichtungen förderlich sind.

Zu Nummer 1 bis 3 (§§ 6, 9, 17 a)

Vor dem Hintergrund sind drei aufeinander abgestimmte Maßnahmen vorgesehen, mit denen das angestrebte doppelte Ziel — Kosteneinsparung durch Bettenabbau im Krankenhaus verbunden mit einem Transfer der dadurch freiwerdenden Kapazitäten in den Pflegebereich — erreicht werden soll:

- Den Ländern wird durch Ergänzung des § 6 aufgetragen, die Zahl der in ihre Krankenhauspläne aufgenommenen Krankenhausbetten stufenweise bis zum 31. Dezember 1997 — vornehmlich durch Umwidmung in ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen — um die Zahl der Betten zu

verringern, die mit Pflegefällen fehlbelegt sind (Nummer 1).

- Die Krankenhäuser, die aufgrund einer Vereinbarung mit den Landesverbänden der Krankenkassen nach § 109 Abs. 1 SGB V die Zahl ihrer Krankenhausbetten verringern, erhalten gleichwohl den ungekürzten Gesamtbetrag der laufenden und der beiden folgenden Jahrespauschalen nach § 9 Abs. 3 KHG (Nummer 2).
- Krankenhausträger und Krankenkassen werden durch Einfügung eines neuen § 17a KHG auf die Vermeidung und Beseitigung von Fehlbelegungen verpflichtet. Als Pflegesatzparteien werden sie in die Pflicht genommen, den vorgegebenen Bettenabbau durch eine Neubemessung der Pflegesätze umzusetzen, dabei aber die mit der Umwidmung von Krankenhausabteilungen in Pflegeeinrichtungen verbundenen Aufwendungen der Krankenhäuser während der Umstellung insbesondere im Personalbereich abzufedern (Nummer 3).

Vom Zeitablauf her soll der vorgesehene Bettenabbau bis Ende 1997 abgeschlossen sein, damit die angestrebten Einsparungen im Krankenhausbereich alsbald nach Inkrafttreten des „stationären Teils“ des Pflege-Versicherungsgesetzes am 1. Januar 1996 wirksam werden können.

Bei der Berechnung dieser Einsparungen geht die Koalition von folgenden Erkenntnissen und Erwägungen aus:

- Nach dem von Infratest im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung erstellten Forschungsbericht über den „Umfang von Fehlbelegungen in Akutkrankenhäusern bei Patienten aller Altersklassen“ (August 1989) waren bereits 1986 von den rund 460 000 Betten in den westdeutschen Krankenhäusern rund 85 000 Betten „fehlbelegt“. Davon entfielen 50 800 Betten auf Patienten unter 60 Jahre und 34 200 Betten auf Patienten im Alter von 60 Jahre und älter. Aus einer weiteren Studie über die „Gründe von Fehlbelegungen“ geht hervor, daß Fehlbelegungen vor allem durch unzureichende Ausstattung mit Nachsorgeeinrichtungen (34,6 v. H.) und durch die wirtschaftliche und soziale Situation der Patienten (30,4 v. H.) verursacht sind.
- Bei einer Anhörung im Deutschen Bundestag im Mai 1992 in Berlin hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) die Fehlbelegung der Krankenhäuser mit Pflegefällen, die eigentlich keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, mit 40 000 beziffert.
- Nach den Fehlbelegungsstudien von Infratest waren 1986 (bei 85 000 fehlbelegten Akutbetten) insgesamt 26,6 Millionen Pfl egetage „fehlbelegt“. Bei Zugrundelegung der DKG-Zahl von 40 000 fehlbelegten Krankenhausbetten belaufen sich die „fehlbelegten“ Pfl egetage (bei Annahme einer durchschnittlichen Bettenauslastung von 85 Prozent pro Jahr und Bett) auf rund 12 Millionen Tage (40 000 Betten × 310 Tage = 12,4 Millionen Tage).

- Der allgemeine (tagesgleiche) Pflegesatz betrug nach Ermittlung des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV) Ende 1991 in den alten Bundesländern rund 340 DM und in den neuen Bundesländern rund 209 DM.

Bei Annahme eines bundesdurchschnittlichen Pflegesatzes von 300 DM erreicht damit das zusätzliche Einsparungspotential bei der Krankenhausbehandlung rechnerisch rund 3,6 Mrd. DM (12 Millionen „fehlbelegte“ Pfl egetage × 300 DM). Für die anderweitig unterzubringenden Pflegebedürftigen entstehen der Pflegeversicherung Kosten von rund 0,9 Mrd. DM, so daß Einsparungen im Krankenhaus in einer Größenordnung von insgesamt 2,7 Mrd. DM (1,35 Mrd. DM zugunsten der Arbeitgeber) durchaus realistisch sind.

Zu Artikel 15 — Änderung des Bundessozialhilfegesetzes

Zu Nummer 1 (§ 27 Abs. 3)

Die Pflegeversicherung wird die Kosten für Unterkunft und Verpflegung nicht übernehmen. Sofern Bedürftigkeit vorliegt, werden neben den Leistungen der Pflegeversicherung Entgelte für den in der Einrichtung gewährten Lebensunterhalt aufzubringen sein. Um in diesen Fällen keine Veränderungen zur bisherigen Rechtslage eintreten zu lassen, ist die Ergänzung erforderlich.

Zu Nummer 2 (§ 68)

Die Neuformulierung dient der Anpassung des Pflegebegriffs an die Pflegeversicherung. Nach Absatz 1 Satz 2 können auch Hilfebedürftige, die nicht pflegebedürftig im Sinne des Satzes 1 sind, Hilfe zur Pflege erhalten.

Durch die Ergänzung in den Absätzen 2 bis 4 werden die Begriffe des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) im Bereich der Hilfe zur Pflege an die Begriffe des SGB XI angepaßt. Die Gefahr einer unterschiedlichen Interpretation der in den beiden Gesetzen verwandten Begriffe wird dadurch vermieden.

Zu Nummer 3 (§ 69)

Die Regelungen über die Hilfe zur Pflege werden mit den vorgesehenen Änderungen an die Regelungen des SGB XI angepaßt. Die Leistungen nach dem SGB XI sind in ihrem Umfang begrenzt; bei dem einzelnen Pflegebedürftigen kann jedoch ein darüber hinausgehender Bedarf bestehen, der bei Bedürftigkeit durch die Sozialhilfe gedeckt werden muß. Für die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung sind vom 1. Januar 1995 an Wartezeiten vorgesehen, die es erforderlich machen, daß in der Sozialhilfe eine Vollregelung für die Hilfe zur Pflege in denjenigen Fällen zur Verfügung steht, in denen Leistungen der Pflegeversicherung nicht in Anspruch genommen werden können. Die Leistungen der Hilfe zur Pflege

sollen weitgehend den Leistungen der Pflegeversicherung entsprechen, soweit dies mit dem Prinzip der Deckung des gesamten Pflegebedarfs in Übereinstimmung zu bringen ist. Es wird daher die volle Anrechenbarkeit der Pflegegeldleistungen der Pflegeversicherung auf die Pflegegelder der Sozialhilfe vorgesehen. Des weiteren werden Regelungen getroffen, die dem Hilfesuchenden auferlegen, gegebenenfalls zunächst die Sachleistungen der Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen, ehe Leistungen der Sozialhilfe in Betracht kommen. Die Leistungen der ambulanten Hilfe zur Pflege werden im Einklang mit der Pflegeversicherung um die hauswirtschaftliche Versorgung erweitert.

Die Pflegebedürftigkeitsstufen entsprechen dem SGB XI. Es ist vorgesehen, daß die Verordnungen und Richtlinien nach dem SGB XI Anwendung finden. Damit wird vermieden, daß sich bei der Bestimmung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit Unterschiede ergeben und sich die Pflegebedürftigkeitsstufen in der Sozialhilfe und in der Pflegeversicherung auseinanderentwickeln. Der Anspruch auf ein gekürztes Pflegegeld wurde in den Fällen, in denen Aufwendungen für eine besondere Pflegekraft entstehen, wenn auch in gekürzter Form, beibehalten. Er dient der Aufrechterhaltung der ambulanten Pflegebereitschaft in den Fällen, in denen Bedürftigkeit nach dem BSHG besteht. Nichtbedürftige können sich die entsprechenden Hilfen auch ohne dieses Pflegegeld verschaffen, soweit sie noch zusätzlich erforderlich sind.

Ein Anteil für hauswirtschaftliche Versorgung im Pflegegeld der Pflegeversicherung schließt nach der gewählten Gesetzesformulierung die Anrechnung auf das Pflegegeld nach dem BSHG nicht aus. Damit ist von Anfang an klargestellt, daß volle Anrechenbarkeit gegeben ist.

Zu Nummer 4 (§ 93)

Die Bestimmung stellt klar, daß für Pflegeeinrichtungen, die nach dem SGB XI zur ambulanten oder stationären Versorgung von Pflegebedürftigen zugelassen sind, nicht die Kostenregelung nach dem Bundessozialhilfegesetz, sondern ausschließlich die Vergütungs- und Verfahrensvorschriften des SGB XI gelten.

Zu Artikel 16 — Änderung des Heimgesetzes

Zu Nummer 1 (§ 3)

Durch die Neufassung des § 3 wird gewährleistet, daß auch mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, als dem für die Pflegeversicherung zuständigen Ressort, Einvernehmen bei Erlaß der Mindestbauverordnung und Mindestpersonalverordnung für Heime herzustellen ist.

Zu Nummer 2 (§ 4e)

Zu Absatz 1

Nach dem Achten Kapitel des SGB XI umfaßt das Leistungsangebot eines Pflegeheimes bei stationärer Unterbringung der Pflegebedürftigen allgemeine Pflegeleistungen (§§ 39 Abs. 2, 93 Abs. 4), Investitionszuschläge (§ 100), Unterkunft und Verpflegung (§ 96) sowie Zusatzleistungen (§ 97).

Art und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen, die Investitionszuschläge sowie die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und die Höhe des hierfür zu entrichtenden Entgeltes sind zum Schutz der Heimbewohner nicht individuell, sondern mit den Leistungsträgern (Pflegekassen, sonstige Sozialversicherungsträger, Sozialhilfeträger) auszuhandeln. Ebenfalls zum Schutz der Heimbewohner bedürfen Zusatzleistungen der Zustimmung der Pflegekassen.

Absatz 1 Satz 1 stellt sicher, daß die von den Pflege-satzparteien ausgehandelten oder mit Zustimmung der Pflegekassen zustande gekommenen Vereinbarungen nicht durch die Heimverträge zwischen den Heimträgern und den Heimbewohnern unterlaufen werden können.

Die Regelung des Absatz 1 Satz 1 beschränkt sich auf Heimverträge mit Pflegeheimbewohnern, die in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind. Gleichwohl sind auch diejenigen Pflegeheimbewohner, die nicht in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind, vor Übervorteilungen in Heimverträgen hinreichend geschützt. Dies ergibt sich aus dem Achten Kapitel des SGB XI. Danach sind die Vergütungen für allgemeine Pflegeleistungen und die Investitionszuschläge für alle Heimbewohner nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen und dürfen nicht von den in Pflegesatzverhandlungen vereinbarten Pflegesätzen abweichen. Die Vergütungen für Unterkunft und Verpflegung werden ebenfalls für alle Heimbewohner in Pflegesatzverhandlungen vereinbart. Die Pflegekassen und die übrigen Kostenträger handeln insoweit als Sachwalter der Interessen der pflegebedürftigen Heimbewohner insgesamt.

Durch die Regelung des Satzes 2 wird der Heimträger verpflichtet, die Leistungen der jeweiligen Teilbereiche im einzelnen zu beschreiben und das jeweils zu entrichtende Entgelt anzugeben. Dies führt über die bereits bestehenden Regelungen des Heimgesetzes hinaus zu weiterer Transparenz für die Heimbewohner.

Zu Absatz 2

§ 4a Satz 2 HeimG räumt dem Heimträger die Möglichkeit ein, das an ihn zu entrichtende Entgelt einseitig zu erhöhen. § 4c HeimG sieht die Erhöhung des Entgeltes vor, wenn sich seine Berechnungsgrundlage verändert hat. Die Geltung dieser Regelungen ist für Heimverträge mit Versicherten der Pflegekassen auszuschließen; sie widersprechen den Vergütungsvorschriften des SGB XI, die nach § 4e Abs. 1 HeimG auf Heimverträge mit Versicherten der Pflegeversi-

cherung Anwendung finden. Nach den Vergütungsvorschriften des SGB XI wird die Höhe der Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen, die Investitionszuschläge und die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung im Rahmen zweiseitiger Vereinbarungen zwischen den Pflegesatzparteien festgelegt. Vergütungsvereinbarungen für Zusatzleistungen bei Unterkunft und Verpflegung bedürfen der Zustimmung der Pflegekasse.

Zu Absatz 3

Satz 1 schafft die Möglichkeit, daß die jeweils zuständige Pflegekasse unter Zustimmung des bei ihr versicherten Pflegebedürftigen den Heimvertrag abschließt. Diese Regelung ist in Zusammenhang mit Absatz 1 zu sehen. Nach Absatz 1 sind die (u. a.) mit den Pflegekassen ausgehandelten Leistungen des Heimes und die dafür zu entrichtende Vergütung in die Heimverträge inhaltlich zu übernehmen. Parallel hierzu gibt Absatz 3 Satz 1 den Pflegekassen — unter Zustimmung des Pflegebedürftigen — die Berechtigung, diese inhaltlichen Vorgaben auch in den Heimverträgen technisch umzusetzen. Damit ist sichergestellt, daß die Pflegekassen ihre Sachwalterfunktion für die Pflegebedürftigen umfassend wahrnehmen können.

Die gegenüber den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung zu erbringenden allgemeinen Pflegeleistungen des Heimes sind mit dem von den Pflegesatzparteien ausgehandelten Pflegesatz abgegolten. Der Anspruch auf Zahlung des vereinbarten Pflegesatzes richtet sich nach Satz 2 ausschließlich gegen die Pflegekasse, soweit er die leistungsrechtlichen Obergrenzen nicht übersteigt und sich aus der Regelung des § 101a SGB XI nichts anderes ergibt.

Zu Nummer 3 und 4 (§§ 5 Abs. 3 und 8 Abs. 3)

Durch die Aufnahme des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung in die Verordnungsermächtigungen der §§ 5 Abs. 3 sowie 8 Abs. 3 wird gewährleistet, daß auch mit dem für die Pflegeversicherung sachlich zuständigen Ressorts Einvernehmen bei Erlass von Rechtsverordnungen herzustellen ist, welche die Interessen der pflegebedürftigen Heimbewohner unmittelbar berühren (§ 5 Abs. 3) und die Dokumentationspflicht der Heimträger betreffen (§ 8 Abs. 1).

Zu Nummer 5 (§ 9 Abs. 4)

Die Regelung in Satz 1 dient dem Zweck, den an der pflegerischen Versorgung der Versicherten beteiligten Stellen die zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem SGB XI erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen. Diese Aufgaben sind im SGB XI im einzelnen konkret beschrieben. Unter die Auskunftspflicht gegenüber den genannten Bundesressorts fallen insbesondere solche Umstände, die für die Beurteilung, Bemessung und Entwicklung der Pflegevergütung nach dem SGB XI benötigt werden.

Satz 2 dient dem Schutz der personenbezogenen Daten der Pflegebedürftigen.

Zu Nummer 6 (§ 14)

Zu Buchstabe a

Durch die Einbeziehung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung in die Ermächtigung des § 14 Abs. 7 Satz 1 wird die Beteiligung des für die Pflegeversicherung zuständigen Ressorts bei Fragen, die die Gewährung von Investitionskostenzuschüssen betreffen, sichergestellt.

Zu Buchstabe b

Die Regelung in Absatz 8 Satz 1 sieht vor, daß Absatz 2 Nr. 3 keine Anwendung findet, wenn der Heimträger Anspruch auf Finanzierung seiner betriebsnotwendigen Investitionen nach dem Achten Kapitel des SGB XI hat. Durch diese Regelung wird eine Doppelfinanzierung von Investitionen vermieden.

Nach Absatz 2 Nr. 4 kann der Heimbewohner zur Bereitstellung von Sicherheiten verpflichtet werden. Die Geltung dieser Vorschrift wird durch Absatz 8 Satz 2 für Versicherte der Pflegeversicherung ausgeschlossen. Es besteht kein sachliches Bedürfnis für die Anwendung dieser Regelung auf diesen Kreis der Heimbewohner. Bei Versicherten der Pflegeversicherung hat der Heimträger gegenüber der Pflegekasse einen Anspruch auf die Vergütung seiner pflegerischen Leistungen einschließlich eines Investitionszuschlages zur Finanzierung der notwendigen Investitionen. Damit entfällt die Gefahr, daß die pflegerischen Leistungen nicht vergütet werden. Dadurch werden die Kosten für Unterkunft um den Refinanzierungsanteil für Investitionen entlastet. Durch diese Regelungen hat der Heimträger ein erheblich vermindertes Kostenrisiko zu tragen. Dies rechtfertigt den Geltungsausschluß von Absatz 2 Nr. 4. Der Ausschluß des Absatz 6 stellt sicher, daß das Verbot des Absatz 1, sich geldwerte Leistungen versprechen zu lassen, ohne Ausnahme Geltung hat.

Zu Artikel 17 — Änderung des Lastenausgleichsgesetzes

Zu Nummer 1 (§ 267)

Zu Buchstabe a

Diese Regelung bestimmt die Nachrangigkeit der Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz gegenüber Leistungen nach dem SGB XI. Danach wird die Pflegezulage von 50 DM monatlich nebst Erhöhung sowie bei Heimunterbringung von 20 DM monatlich nicht gewährt, wenn Pflegebedürftige Pflegegeld oder Pflegesachleistungen nach den Vorschriften des SGB XI erhalten.

Zu Buchstabe b

Durch die Ergänzung wird sichergestellt, daß Pflegesachleistungen ebenso wie die bisher schon geregelten Pflegegelder nicht als Einkünfte bei der Berech-

nung des Einkommenshöchstbetrages zu berücksichtigen sind.

Zu Buchstabe c

Diese Bestimmung räumt als Auffangtatbestand denjenigen, die infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen so hilflos sind, daß sie nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen können, einen Freibetrag von 75 DM monatlich bei der Berechnung der für die Unterhaltshilfe zu berücksichtigenden Einkünfte ein, soweit sie weder Pflegegeld noch Pflegesachleistungen nach dem SGB XI erhalten.

Zu Nummer 2 (§ 276)

Zu Buchstabe a

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe b

Für Empfänger von Unterhaltshilfe trägt der Leistungsträger die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung (vgl. § 63 Abs. 4 SGB XI). Empfänger von Unterhaltshilfe, die verpflichtet sind, bei einem privaten Versicherungsunternehmen einen Versicherungsvertrag abzuschließen, können hinsichtlich der Tragung der Beiträge nicht anders behandelt werden. Ihnen wird daher ein Zuschuß zur Unterhaltshilfe in Höhe der zu entrichtenden Prämien zur privaten Pflegeversicherung gewährt.

Zu Nummer 3 (§ 285 a)

Die Vorschrift übernimmt die Regelung für Empfänger von Unterhaltshilfe in § 276 Abs. 3 a auch für vergleichbare Empfänger von Entschädigungsrente. Auf die Begründung zu Nummer 2 Buchstabe b wird Bezug genommen.

Zu Artikel 17 a — Änderung des Bundesbesoldungsgesetzes

Mit der Änderung des Bundesbesoldungsgesetzes werden neue bezahlungsrechtliche Regelungen für den Krankheitsfall eingeführt. Diese Regelungen gelten für Bundesbeamte, Beamte der Länder, der Gemeinden, der Gemeindeverbände sowie der sonstigen der Aufsicht eines Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts, Richter des Bundes und der Länder sowie für Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit. Änderungen bei der Entgeltfortzahlung für die Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes erfordern entsprechende Änderungen der besoldungsrechtlichen Regelungen. Hiermit wird eine generelle arbeitsgesetzliche Entwicklung berücksichtigt.

Die Maßnahme dient — wie die Regelung für Arbeitnehmer — der Bekämpfung der mißbräuchlichen Inanspruchnahme der Alimentation im Krankheitsfall. Dies ist angesichts der schwierigen Lage öffentlicher Kassen geboten. Die mißbräuchliche Ausnutzung der Alimentationsgarantie durch „Krankfeiern“ muß ver-

hindert oder zumindest erschwert werden. Mit dieser effektiveren Mißbrauchsbekämpfung wird zugleich das Ansehen des Berufsbeamtentums in der Öffentlichkeit gestärkt.

In die als hergebrachter Grundsatz des Berufsbeamtentums geltende Fürsorgepflicht des Dienstherrn (vgl. BVerfGE 83, 89, 98) wird durch die Regelung nicht in verfassungswidriger Weise eingegriffen. Wozu sie den Dienstherrn im einzelnen verpflichtet, „läßt sich nur im Hinblick auf den jeweils zu regelnden Sachbereich bestimmen“ (vgl. BVerfGE 83, 89, 100).

Die Regelung greift auch nicht in den Kern des Alimentationsprinzips ein. Nach dem bestehenden Alimentationssystem ergibt sich aus diesem Prinzip „nur“ die Verpflichtung, dafür zu sorgen, „daß der amtsangemessene Lebensunterhalt des Beamten bei Eintritt besonderer finanzieller Belastungen durch Krankheits-, Geburts- und Todesfälle nicht gefährdet wird“. In dieses System greift die Selbstbeteiligungsregelung, die gegebenenfalls die regelmäßig vom Dienstherrn zu zahlende Besoldung reduziert, nicht ein. Das Beamtenverhältnis ist ein wechselseitig bindendes Treueverhältnis, aus dem nicht nur die Verpflichtung des Dienstherrn folgt, den Beamten amtsangemessen zu alimentieren, sondern umgekehrt auch die Pflicht des Beamten, auf die Belastbarkeit des Dienstherrn und dessen Gemeinwohlverantwortung Rücksicht zu nehmen (vgl. BVerfGE 81, 363, 384).

Andere, weniger belastende, zugleich aber allgemein durchgreifende Maßnahmen zur Mißbrauchsbekämpfung stehen im Arbeitsleben wegen des nicht befriedigend lösbaren Problems der exakten Abgrenzung von „wirklicher“ und nur vorgetäuschter Erkrankung (auch bei Vorlage privatärztlicher Atteste) nicht zur Verfügung.

Die Regelung ist als verhältnismäßige Maßnahme zur Bekämpfung des Mißbrauchs verfassungsrechtlich zulässig.

Zu Absatz 1

Absatz 1 des in das Bundesbesoldungsgesetz neu einzufügenden § 3a bestimmt ein Ruhen der Dienstbezüge oder der Anwärterbezüge während des ersten und zweiten Tages, an dem der Beamte, Richter oder Soldat für die gesamte Dauer seiner Dienstleistungspflicht infolge Krankheit gehindert ist, seine Dienstleistung zu erbringen. Damit wird sichergestellt, daß das Ruhen der Bezüge stets am ersten und zweiten „vollen“ Arbeitstag eintritt, unabhängig vom Beginn der Krankheit. Die Begrenzung auf maximal sechs Tage im Kalenderjahr stellt sicher, daß in den Fällen häufiger und länger andauernder Erkrankungen eine unangemessene Belastung des Bediensteten vermieden wird.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 werden bestimmte Krankheitstage von der Ruhensregelung ausgenommen. Der Ausschluß von Krankheitstagen während einer Schwangerschaft ist

aus sozialpolitischen Gründen geboten. Die Fürsorgepflicht verlangt es, daß der Dienstherr sich der Leistungspflicht nicht einschränkt, wenn ein Krankheitsfall durch den Dienst verursacht wurde (Dienstunfall, Wehrdienstbeschädigung).

Zu Absatz 3

Absatz 3 räumt dem Bediensteten die Möglichkeit ein, sich die unter die Ruhensregelung fallenden Krankheitstage auf den Urlaubsanspruch anrechnen zu lassen und hiermit eine Gehaltseinbuße abzuwenden. In Satz 2 ist eine Ausnahme von der Wahlmöglichkeit für die beamteten Lehrer und Professoren vorgesehen; im Hinblick auf die während der Schul- bzw. Semesterferien bestehenden Notwendigkeiten einer flexiblen Dienstzeitregelung ist die Ausnahme geboten, um die Zielsetzung der Regelung für die betreffenden Berufsgruppen zu gewährleisten.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift dehnt die Regelung auf Rehabilitationsmaßnahmen aus.

Zu Artikel 17b — Änderung des Bundesministergesetzes

Die Änderung entspricht der besoldungsrechtlichen Regelung in Artikel 17a. Angesichts der Gesamtentwicklung in den übrigen Bereichen (Entgeltfortzahlung, Beamtenbesoldung) ist die Übertragung auf den Personenkreis der Minister geboten.

Zu Artikel 17c — Änderung des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Parlamentarischen Staatssekretäre

Die Änderung entspricht der besoldungsrechtlichen Regelung in Artikel 17a. Angesichts der Gesamtentwicklung in den übrigen Bereichen (Entgeltfortzahlung, Beamtenbesoldung) ist die Übertragung auf den Personenkreis der Parlamentarischen Staatssekretäre geboten.

Zu Artikel 17d — Änderung des Abgeordnetengesetzes

Es soll eine der Einführung der Selbstbeteiligung im Krankheitsfall für Beamte und Arbeitnehmer vergleichbare Regelung für Abgeordnete getroffen werden, die den Besonderheiten des Status der Abgeordneten Rechnung trägt. Die Regelung soll während des Gesetzgebungsverfahrens eingefügt werden.

Zu Artikel 18 — Änderung des Bundesvertriebenengesetzes

Die Streichung ist eine Folgeänderung zur Streichung der §§ 53 bis 57 SGB V durch Artikel 4 Nr. 6.

Zu Artikel 19 — Änderung des Einkommensteuergesetzes

Zu Nummer 1 (§ 3)

Zu Buchstabe a

Die Leistungen aus einer Pflegeversicherung sollen für die Pflegebedürftigen steuerfrei gestellt werden. Damit soll erreicht werden, daß das Pflegerisiko mit geringeren Beiträgen abgedeckt werden kann, als es der Fall wäre, wenn wegen der Steuerbelastung höhere Leistungen vorgesehen werden müßten.

Hinsichtlich der Steuerbefreiung sollen die Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung mit denen aus der sozialen Pflegeversicherung gleichgestellt werden, wenn sie das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Um dies nicht bei jeder Leistung prüfen zu müssen, soll die Steuerfreiheit von der Voraussetzung abhängig gemacht werden, daß der Versicherungsschutz nur Leistungen im Sinne des SGB XI umfaßt und diese Leistungen die dort vorgesehenen Höchstbeträge nicht übersteigen.

Zu Buchstabe b

Nach Artikel 5 des Pflege-Versicherungsgesetzes wird nach § 106a SGB VI an Rentenbezieher ein Zuschuß zur Pflegeversicherung gezahlt, der analog zu den Zuschüssen zur Krankenversicherung der Rentner zu behandeln ist.

Zu Nummer 2 (§ 10 Abs. 1)

Die Ergänzung der Nummer 2 Buchstabe a hat lediglich klarstellende Wirkung, da Beiträge zu Pflegeversicherungen schon nach bisherigem Recht zu den nach § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe a begünstigten Vorsorgeaufwendungen gehörten. Mit den Ergänzungen des Absatzes 1 Nr. 2 und des Absatzes 3 Nr. 4 wird ein besonderer Freibetrag für eine freiwillige private Pflegezusatzversicherung eingeführt. Begünstigt werden Steuerpflichtige, die nach dem 31. Dezember 1962 geboren sind. Die soziale Pflegeversicherung stellt eine Grundsicherung dar. Deshalb ist es erwünscht, daß private und freiwillige zusätzliche Vorsorge die Pflegeversicherung ergänzt. Insbesondere jüngere Versicherungsnehmer, denen das Pflegefallrisiko noch nicht deutlich vor Augen steht, sollen sich frühzeitig versichern und dazu einen steuerlichen Anreiz erhalten. Ein zusätzlicher Höchstbetrag von 360 DM reicht dafür aus, weil sie infolge ihres niedrigen Eintrittsalters mit günstigen Versicherungsprämien einen zusätzlichen Versicherungsschutz aufbauen können.

Zu Nummer 3 (§ 33b)

Die Formulierung wird in Übereinstimmung mit der Neufassung des § 35 Abs. 1 BVG gewählt. Sie stellt sicher, daß der Kreis der Anspruchsberechtigten weder eingeschränkt noch erweitert wird und trägt der zu dem Begriff der Pflegebedürftigkeit entwickelten Rechtsprechung Rechnung.

Zu Artikel 20 — Änderung des Umsatzsteuergesetzes

Die Änderungen erfolgen zur Anpassung an die gesetzliche Neuregelung der Pflegeversicherung.

Hierzu wird die bei der Steuerbefreiung von Altenheimen und Pflegeeinrichtungen geltende Mindestgrenze für das Vorliegen bestimmter Voraussetzungen auf 40 v. H. herabgesetzt. Damit wird diese Grenze an die bei Krankenhäusern geltende Mindestgrenze für das Vorliegen bestimmter Voraussetzungen angeglichen.

Zu Artikel 21 — Änderung des Bewertungsgesetzes

Nach geltendem Recht gehören Ansprüche aus der Sozialversicherung, der Arbeitslosenversicherung und einer sonstigen Kranken- oder Unfallversicherung nicht zum sonstigen Vermögen. Durch die Neuregelung werden auch Ansprüche aus einer Pflegeversicherung freigestellt.

Zu Artikel 22 — Änderung des Versicherungsteuergesetzes

Nach § 4 Nr. 5 VersStG ist u. a. die Zahlung des Versicherungsentgelts für Kranken- und Lebensversicherungen von der Besteuerung ausgenommen. Die Versicherungsbeiträge für die Pflegeversicherung sollen nicht mit Versicherungssteuer belastet werden; die Pflegeversicherung ist deshalb in die Aufzählung der versicherungsteuerbefreiten Versicherungen in § 4 Nr. 5 VersStG aufzunehmen.

Zu Artikel 23 — Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes

Zu Nummer 1 (§ 13a)

Die Bedarfssätze des Bundesausbildungsförderungsgesetzes (BAföG) decken die Ausgaben ab, die dem Auszubildenden typischerweise für den Lebensunterhalt und die Ausbildung entstehen (§ 11 Abs. 1). Entsprechend diesem Bedarfsdeckungsprinzip wird beispielsweise selbständig krankenversicherten Auszubildenden an Hochschulen nach § 13 Abs. 2a ein Krankenversicherungszuschlag gewährt, dessen Höhe sich an den Beiträgen orientiert, die von nach

§ 5 Abs. 1 Nr. 9 SGB V pflichtversicherten Studenten zu erbringen sind.

Da nach § 18 Abs. 1 Nr. 14 oder 15 SGB XI auch Auszubildende (Studenten, Schüler an Fachschulen oder Berufsfachschulen, Auszubildende des Zweiten Bildungsweges, Praktikanten) pflichtpflegeversichert sein sollen, ist in das BAföG ein Zuschlag für die Pflegeversicherung aufzunehmen. Das gleiche gilt für Auszubildende, die nach § 20 SGB XI bei einem privaten Versicherungsunternehmen pflegeversichert sind. Als beitragspflichtige Einnahme dieses Personenkreises ist nach § 59 Abs. 1 Nr. 4 SGB XI der Betrag vorgesehen, der nach dem BAföG als monatlicher Bedarf für Studenten festgesetzt ist, die nicht bei ihren Eltern wohnen. Dies sind nach § 13 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 in den alten Ländern 795 DM, so daß der Pflegeversicherungszuschlag bei einem Beitragssatz von 1 v. H. pauschaliert 10 DM, ab 1. Januar 1996 bei einem Beitragssatz von 1,7 v. H. 15 DM betragen soll.

Zu Nummer 2 (§ 21 Abs. 1)

§ 21 Abs. 1 Satz 3 und 4 in Verbindung mit Abs. 2 regelt abschließend die Möglichkeit, Abzüge vom Einkommen im Sinne des § 21 Abs. 1 Satz 1 vorzunehmen. Der Abzug für Aufwendungen zur sozialen Sicherung im Sinne von Satz 3 Nr. 4 erfolgt ausschließlich nach den in Absatz 2 genannten Pauschalen. Mit ihnen soll in typisierender Weise das ungefähre Maß an Aufwendungen erfaßt werden, das den Angehörigen der vier in Absatz 2 im einzelnen bezeichneten Gruppen für ihre soziale Sicherung erwächst. Im Rahmen dieser Sozialpauschalen sind künftig auch die Aufwendungen für die Pflegeversicherung zu berücksichtigen.

Zu Artikel 24 — Änderung des Wohngeldgesetzes

Die Regelungen über Prämienzuschüsse für Personen, die bei einem privaten Versicherungsunternehmen pflegeversichert sind (§ 68 SGB XI), wurden in Anlehnung an die Beitragszuschußregelung in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 257 SGB V) abgefaßt. Die Prämienzuschüsse für Privatversicherte in der Pflegeversicherung sollen deshalb — wie bisher schon die Beitragszuschüsse für eine freiwillige Krankenversicherung — bei der Wohngeldberechnung als Einnahmen außer Betracht bleiben.

Zu Artikel 25 — Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

Die Änderung regelt die sachliche Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit für Angelegenheiten nach dem SGB XI.

Zu Artikel 26 — Änderung des Eignungsübungsgesetzes

Durch eine Eignungsübung soll eine bestehende Pflegeversicherung unberührt bleiben. Es soll auch kein neuer Tatbestand einer Versicherungspflicht eintreten.

Für die Zeit der Eignungsübung tritt der Bund jedoch an die Stelle eines „Arbeitgebers/Dienstherrn“ und muß sich daher auch an der Beitragstragung beteiligen.

Zu Artikel 27 — Änderung des Unterhaltssicherungsgesetzes

Wehrpflichtige, die in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind, werden für die Dauer des Grundwehrdienstes zu Lasten des Bundes pauschal versichert. Wehrpflichtige, die bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert sind, erhalten die Prämien für die Dauer des Grundwehrdienstes nach dem Unterhaltssicherungsgesetz ersetzt. Ebenso sollen die Prämien für Familienangehörige ohne eigenes Einkommen zu einer privaten Pflegeversicherung nach dem Unterhaltssicherungsgesetz erstattet werden. Dies entspricht sinngemäß der Regelung in § 7 Abs. 2 Nr. 2 und 3 Unterhaltssicherungsgesetz (Erstattung von Beiträgen zu privaten Krankenversicherungen).

Zum Vierten Teil — Überleitungs- und Schlußvorschriften

Zu Artikel 28 — Familienversicherung der Behinderten

Der zeitlich unbegrenzte Anspruch auf Familienversicherung besteht für Behinderte nur, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits eine eigene Versicherung oder ein Anspruch auf Familienversicherung in der Pflegeversicherung bestanden hat. Diese Voraussetzung kann von Behinderten, deren Behinderung bereits vor Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes eingetreten ist, nicht erfüllt werden. Um sicherzustellen, daß dieser Personenkreis nicht auf Dauer von dem Anspruch auf beitragsfreie Familienversicherung ausgeschlossen bleibt, wird eine Übergangsregelung getroffen, nach der der Behinderte so behandelt wird, als hätte die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden.

Zu Artikel 29 — Behandlung der bestehenden privaten Pflegeversicherungsverträge

Die Vorschrift sieht Regelungen zugunsten der Personen vor, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bereits Versicherungsverträge bei privaten Krankenversicherungsunternehmen abgeschlossen und damit Vorsorge gegen das Risiko der Pflegebe-

dürftigkeit getroffen haben. Nach Angaben des Verbandes der privaten Krankenversicherungsunternehmen sind derzeit rund 200 000 Verträge abgeschlossen worden.

Zu Absatz 1

Bestehenden privaten Pflegeversicherungsverträgen wird Bestandsschutz eingeräumt. Wer bei Inkrafttreten der Pflegeversicherung bereits einen privaten Pflegeversicherungsvertrag abgeschlossen hat, ist in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfrei, selbst wenn er an sich zu dem nach § 18 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtigen Personenkreis gehört. Voraussetzung ist jedoch, daß der Vertrag vor dem Zeitpunkt des Einbringens des Gesetzesentwurfes in den Bundestag abgeschlossen wurde, da nur der Personenkreis, der frühzeitig eine Vorsorge gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit getroffen hatte, Vertrauensschutz genießen soll. Soweit die bereits abgeschlossenen Verträge geringere Leistungen als die soziale Pflegeversicherung vorsehen, sind die Versicherungsnehmer verpflichtet, ihren Versicherungsschutz bis zum Ablauf eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in dem erforderlichen Umfang anzupassen.

Zu Absatz 2

Für den in Absatz 1 genannten Personenkreis, der an sich in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig ist, wird eine Meldepflicht der privaten Versicherungsunternehmen eingeführt, damit die Pflegekassen einen Nachweis darüber erhalten, daß dieser Personenkreis entgegen der Regelung des § 18 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht als versicherungspflichtiges Mitglied oder als Familienversicherter bei ihnen zu führen ist. Die Meldepflicht ist ausgestaltet wie in § 47 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Die Meldung hat auch Angaben darüber zu enthalten, ob der abgeschlossene Versicherungsvertrag Leistungen vorsieht, die denen der sozialen Pflegeversicherung entsprechen.

Zu Absatz 3

Diese Vorschrift legt den privaten Krankenversicherungsunternehmen die Verpflichtung auf, alle nach Absatz 1 versicherungsfreien Personen, deren Versicherungsschutz im Umfang noch nicht dem der sozialen Pflegeversicherung entspricht, aufzufordern, den Versicherungsschutz unverzüglich anzupassen. Versicherungsnehmer, die dieser Aufforderung nicht Folge leisten, sind innerhalb von 3 Monaten nach Ablauf der Jahresfrist über den Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen an die zuständige Pflegekasse zu melden.

Verstöße gegen die Meldepflicht nach Absatz 2 stellen Ordnungswidrigkeiten dar und sind nach § 121 des Elften Buches Sozialgesetzbuch mit einem Bußgeld belegt.

**Zu Artikel 30 — Beitragsbemessung bei
landwirtschaftlichen
Unternehmern und
mitarbeitenden
Familienangehörigen**

Bei der Berechnung des Zuschlages nach § 57 SGB XI wird jeweils auf den zum 1. Januar eines jeden Jahres festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz aller Krankenkassen zurückgegriffen. Aus verwaltungstechnischen Gründen wird dieser Beitragssatz immer erst zum 1. Juli des Jahres angewendet werden können. Dies bedeutet, daß der zum 1. Januar 1994 festgestellte durchschnittliche Beitragssatz erst ab 1. Juli 1994 der Beitragsberechnung zugrundegelegt werden kann. Die Übergangsregelung sieht daher vor, daß in der Zeit vom 1. Januar 1994 bis zum 30. Juni 1994 der zum 1. Januar 1993 festgestellte durchschnittliche Beitragssatz aller Krankenkassen Anwendung findet.

Satz 2 stellt sicher, daß die Höhe des Zuschlages schon ein Vierteljahr früher feststeht, bevor er in der Praxis angewandt werden muß.

**Zu Artikel 31 — Beitragsbemessung bei Wehr-
und Zivildienstleistenden**

Nach § 58 SGB XI orientiert sich die Höhe des Pflegeversicherungsbeitrages während des Wehr- und Zivildienstes an der Höhe des Beitrages, den der einzelne zuletzt vor Eintritt in den Wehr- oder Zivildienst an die Pflegekasse gezahlt hat. Diese Orientierungsgröße fehlt für Personen, die sich bereits zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Pflege-Versicherungsgesetzes im Wehr- oder Zivildienst befinden. Nach der Übergangsregelung ist bei der Beitragsfestsetzung für diese Wehr- und Zivildienstleistenden eine hypothetische Beitragsberechnung vorzunehmen. Dabei sind die Einnahmen vor dem Eintritt in den Wehr- und Zivildienst zugrunde zu legen.

**Zu Artikel 32 — Bezieher von Pflegeleistungen
nach den §§ 53 bis 57 des
Fünften Buches
Sozialgesetzbuch**

Mit Einführung der Pflegeversicherung entfallen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Pflegebedürftigkeit nach §§ 53 bis 57 SGB V. Personen, die bis zum Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung wegen Pflegebedürftigkeit bezogen haben, müssen — in Abweichung zu § 29 Abs. 1 SGB XI — ihren Antrag auf Pflegeleistungen bei der zuständigen Pflegekasse bis 31. Juli 1994 stellen. Diese Fristverlängerung kommt den Interessen der Pflegebedürftigen entgegen und bewirkt zugleich, daß die anfängliche Antragsflut nach Inkrafttreten des Gesetzes zeitlich gestreckt wird.

Die Vorschrift sieht vor, daß diejenigen, die nach dem bisherigen Recht der gesetzlichen Krankenversiche-

rung Pflegeleistungen erhielten, zunächst das für die Pflegestufe I vorgesehene Pflegegeld in Höhe von 400 DM erhalten, bis über einen möglichen Antrag auf Einordnung in eine höhere Pflegestufe entschieden ist. Damit wird sichergestellt, daß diese Pflegebedürftigen zunächst Pflegegeld in der bisherigen Höhe automatisch weiter erhalten. Pflegebedürftige, die von Anfang an Leistungen nach Pflegestufe II oder III in Anspruch nehmen wollen, müssen ihren Antrag sofort stellen (§ 29 Abs. 1 SGB XI). Wer bis zum 31. Juli 1994 einen Antrag bei der Pflegekasse stellt und rückwirkend in die Pflegestufe II oder III eingeordnet wird, erhält für den zurückliegenden Zeitraum nur noch Geldleistungen in Höhe der Differenz zwischen dem Pflegegeld der bisherigen Pflegestufe zu dem der neu zugeordneten Pflegestufe. Eine rückwirkende Aufstockung der Sachleistungen ist nicht möglich.

**Zu Artikel 33 — Weitergeltung von
Pflegesätzen**

Mit der Übergangsregelung soll der nahtlose Übergang von den bei Inkrafttreten des SGB XI geltenden Pflegesätzen auf die von den Pflegekassen nach neuem Recht auszuhandelnden Pflegesätze sichergestellt werden. Die Pflegekassen werden für den Übergangszeitraum an die bisher gültigen Pflegesätze gebunden, allerdings begrenzt durch die für die stationäre Versorgung Pflegebedürftiger geltenden Leistungsgrenzen.

Die Verpflichtung der Pflegekassen, den fortgeltenden Pflegesatz zu erstatten, besteht nur gegenüber dem Versicherten oder seinem Kostenträger, nicht aber gegenüber dem Pflegeheim selbst. Damit soll vermieden werden, daß die Pflegekasse in ein bereits bestehendes Vertragsverhältnis eintritt. Eine unmittelbare Rechtsbeziehung zwischen Pflegekasse und dem Träger der Einrichtung ist daher in dem Übergangszeitraum bis zum Abschluß neuer Pflegesatzvereinbarungen ausgeschlossen.

**Zu Artikel 34 — Pflegegeld nach dem
Bundessozialhilfegesetz**

Die Vorschrift stellt sicher, daß Pflegegeldempfänger nach § 69 Abs. 4 Satz 3 BSHG durch die Einführung der Pflegeversicherung keine finanziellen Nachteile erleiden. Sofern die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für das Pflegegeld nach dieser Vorschrift auch nach dem 31. Dezember 1993 vorliegen, erhalten Pflegegeldempfänger weiterhin den Teil des Pflegegeldes, der die Leistungen der Pflegeversicherung übersteigt. Maßgebend für die Berechnung des weiter gewährten Pflegegeldes ist der bis zum 31. Dezember 1993 gezahlte Pflegegeldbetrag.

Zu Artikel 35 — Inkrafttreten

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.

C. Finanzielle Auswirkungen der Pflegeversicherung

Die soziale Pflegeversicherung wird durch Beiträge finanziert, die von Erwerbstätigen und deren Arbeitgebern, Rentnern und Rentenversicherungsträgern sowie von Sozialleistungsträgern für Sozialleistungsempfänger aufgebracht werden. Den mit einer Pflegeversicherung verbundenen Beitragsbelastungen stehen teilweise Entlastungen an anderer Stelle gegenüber. Entlastet werden diejenigen Sozialleistungsträger, die bisher schon Pflegeleistungen finanzieren, die mit der Einführung der Pflegeversicherung ganz oder teilweise wegfallen. Darüber hinaus zahlt die Pflegeversicherung Beiträge an andere Sozialversicherungszweige.

Die soziale Pflegeversicherung wird in zwei Stufen in Kraft treten. Ab dem 1. Januar 1994 werden Leistungen zur häuslichen Pflege gewährt. Mit dem 1. Januar 1996 werden zusätzlich Leistungen der stationären Pflege eingeführt.

I. Die Kosten der Pflegeversicherung

Die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung beschränken sich im Einführungsjahr 1994 auf den häuslichen Bereich und betragen voraussichtlich 14,4 Mrd. DM. Sie setzen sich zusammen aus den Aufwendungen für die folgenden Leistungen:

a) ambulante Leistungen

— Pflegegeld und Sachleistungen	9,3 Mrd. DM
— Pflegeurlaub	0,3 Mrd. DM
— Tages-/ Nachtpflege und Kurzzeitpflege	1,8 Mrd. DM
— Pflegehilfsmittel, technische Hilfen	0,1 Mrd. DM
ambulante Leistungen	11,5 Mrd. DM

b) soziale Sicherung der Pflegepersonen

insgesamt	2,9 Mrd. DM
	14,4 Mrd. DM

Als Verwaltungskosten zahlt die Pflegeversicherung den gesetzlichen Krankenkassen einen pauschalen Erstattungsbetrag von 4 v. H. der Leistungsausgaben und 50 v. H. der Kosten des Medizinischen Dienstes zusammen 0,9 Mrd. DM

Zum Aufbau der Rücklage werden im Einführungsjahr eingestellt

1,9 Mrd. DM
17,2 Mrd. DM

Am 1. Januar 1996 tritt die zweite Stufe der sozialen Pflegeversicherung in Kraft. Zusätzlich werden dann Leistungen zur stationären Pflege gewährt. Da die

Datengrundlage zur Ermittlung der nachstehenden Leistungsausgaben für 1996 noch nicht vorhanden ist, liegt den nachfolgenden Zahlen die Wertebasis von 1994 zugrunde.

— ambulante Leistungen	11,7 Mrd. DM
— soziale Sicherung der Pflegepersonen	2,9 Mrd. DM
— im stationären Bereich *)	10,7 Mrd. DM
— Verwaltungskosten *)	1,5 Mrd. DM

II. Beitragsbelastungen

Der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung beträgt ab dem 1. Januar 1994 1,0 % des versicherungspflichtigen Einkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Beitrag wird von den Arbeitnehmern und ihren Arbeitgebern gemeinsam je zur Hälfte erbracht (je 0,5 Beitragssatzpunkte des versicherungspflichtigen Einkommens). Das Beitragsaufkommen liegt insgesamt bei 17,2 Mrd. DM. In absoluten Zahlen ausgedrückt, müssen die privaten und öffentlichen Arbeitgeber an direkten und indirekten Arbeitgeberbeiträgen 7,2 Mrd. DM zur Pflegeversicherung zahlen.

Die Beiträge der Rentner von insgesamt 2,8 Mrd. DM werden zur Hälfte von den Rentnern selbst und zur anderen Hälfte von den Trägern der Rentenversicherung getragen, also je 1,4 Mrd. DM.

Die Beiträge für Empfänger von Leistungen nach dem Arbeitsförderungsgesetz trägt die Bundesanstalt für Arbeit in voller Höhe; deren Beitragszahler werden dadurch mit insgesamt 1,0 Mrd. DM jährlich belastet.

Die Beiträge für die gesetzliche Rentenversicherung und die Bundesanstalt für Arbeit tragen Arbeitnehmer und Arbeitgeber je zur Hälfte.

Die Beiträge für Bezieher von Arbeitslosenhilfe, für Rehabilitanden und für Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz belasten die jeweiligen Sozialleistungsträger sowie den Bund wegen der Arbeitslosenhilfe. Zusätzlich zahlt der Bund die Beiträge für die Bezieher von Renten nach dem Bundesversorgungsgesetz. Insgesamt betragen die Belastungen des Bundes für diese Leistungen rd. 0,3 Mrd. DM.

Die Kosten/Beiträge für die soziale Sicherung der häuslichen Pflegepersonen in der gesetzlichen Unfallversicherung in Höhe von ca. 100 Millionen DM pro Jahr tragen die Gemeinden.

Die Einzelbeträge sind in der nachfolgenden Übersicht aufgelistet.

*) Das Leistungsvolumen im stationären Bereich ist derzeit noch nicht zu berechnen. Auf der Basis von 1991 waren 2 100 DM monatlich vorgeschlagen, dieser Betrag muß unter Berücksichtigung der Beitragseinnahmen angepaßt werden. Der eingesetzte Betrag ist eine grobe Schätzung. Das gilt auch für die Verwaltungskosten.

Übersicht

Beitragsvolumen nach Trägern der Beitragszahlung im Jahr 1994

	Mrd. DM
1. Gesamtaufwand (einschl. Verwaltungskosten und Rücklage)	17,2
2. Beiträge nach Quellen	
Versicherte	8,5
darunter: Rentner	1,4
Arbeitgeber	6,0
Sozialversicherung/Arbeitnehmer	1,2
/Arbeitgeber	1,2
Bund	0,3
Zusammen	17,2
3. Belastungen der Wirtschaft	
— Arbeitgeberbeitrag	6,0
— Indirekte Belastung	
Rentenversicherung	0,7
Arbeitslosenversicherung	0,5
Zusammen	7,2

Der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung beträgt im Jahre 1996 1,7 % des versicherungspflichtigen Einkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung. Die daraus folgenden Beitragseinnahmen betragen dann auf der Wertebasis von 1994 29 Mrd. DM. In absoluten Zahlen ausgedrückt, müssen die privaten und öffentlichen Arbeitgeber dann an direkten und indirekten Arbeitgeberbeiträgen 12,3 Mrd. DM für ihre Arbeitnehmer zahlen.

III. Investitionskosten

Die Aufwendungen für den laufenden Betrieb der Pflegeeinrichtungen werden durch die Pflegevergütung abgedeckt, die Investitionsaufwendungen werden dabei durch einen gesondert ausgewiesenen Investitionszuschlag auf die Pflegevergütung beglichen.

Die gesamtwirtschaftlichen Kosten für den Auf- und Ausbau der Pflegeinfrastruktur betragen ab dem Jahre 1994 0,6 Mrd. DM und für das Jahr 1996 3,6 Mrd. DM. Die Höhe dieser Investitionskosten ergibt sich jeweils aus den jährlich erforderlichen Kosten für Erneuerung, Sanierung und Neubau von Pflegeheimen und Sozialstationen.

Für die Finanzierung der Investitionskosten über den Zuschlag wird der Pflegeversicherung ab 1996 ein Zuschuß entsprechend der Höhe der jährlichen Investitionen zur Verfügung gestellt. Dieser wird aus den Einsparungen gespeist, die bei den Ländern und Gemeinden durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen und die der Pflegeversicherung über einen verfassungsrechtlich geeigneten Weg zu Lasten der Länder zugeführt werden sollen. Für die Investitionskosten der Jahre 1994 und 1995 erhält die Pflegeversicherung eine Nachzahlung in Höhe von insgesamt 1,2 Mrd. DM.

IV. Unmittelbare Entlastungen durch die Pflegeversicherung

1. Sozialhilfe

Die gegenüber den Leistungen der Sozialhilfe vorrangigen Leistungen der Pflegeversicherung führen zu einer sehr starken Entlastung der Sozialhilfeträger (vgl. dazu oben Kap. IX Ziff. 4). Im Jahre 1994 treten die Entlastungen zunächst im ambulanten Bereich ein; sie sind mit rd. 1,2 Mrd. DM zu veranschlagen. Ab dem Jahre 1996 wird die eigentliche Entlastung im stationären Bereich wirksam; sie wird auf 7 bis 8 Mrd. DM geschätzt. Etwa die Hälfte dieser Einsparungen soll der Pflegeversicherung zur Finanzierung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen zufließen.

2. Krankenversicherung

Mit der Einführung einer eigenständigen Pflegeversicherung entfallen die heutigen Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. dazu oben Kap. IX Ziff. 5). Die Einsparungen zugunsten der Krankenkassen betragen schon bei Einführung der ambulanten Pflegeleistungen durch die soziale Pflegeversicherung in 1994 rd. 4 Mrd. DM. Durch Umwidmung und Abbau von heute mit Pflegebedürftigen fehlbelegten Krankenhausbetten werden mittel- bis langfristig rd. 2,7 Mrd. DM eingespart, so daß in der GKV insgesamt von Einsparungen in Höhe von 6,7 Mrd. DM jährlich auszugehen ist.

3. Kriegsopferversorgung und Kriegsopferversorge

- Grundsätzlich bleiben die Entschädigungsleistungen der Kriegsopferversorgung bei Pflegebedürftigkeit durch das Inkrafttreten der sozialen Pflegeversicherung unberührt.
- Versorgungsberechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz, deren Pflegebedürftigkeit nicht auf Schädigungsfolgen beruht, haben Anspruch auf häusliche Pflegehilfe in entsprechender Anwendung der §§ 53ff. SGB V. Mit dem Wegfall der häuslichen Pflegehilfe der §§ 53ff. SGB V entfallen auch diese Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz. Sie werden durch Leistungen der Pflegeversicherung abgelöst. Hierdurch würden in der Kriegsopferversorgung auf Wertebasis 1994 ca. 30 Millionen DM eingespart.
- Die Kriegsopferversorge erbringt für Beschädigte, deren Pflegebedürftigkeit nicht Folge einer Schädigung ist und die über die unter b) genannten Leistungen hinaus Hilfebedarf haben, „Hilfe zur Pflege“ nach § 26c BVG. Diese Leistungen erhalten auch Familienangehörige und Hinterbliebene von Beschädigten. Voraussetzung ist allerdings, daß die Beschädigten oder die Hinterbliebenen die Kosten nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen decken können. In der Kriegsopferversorge besteht künftig insoweit kein Hilfebedarf mehr, als die Pflegeversicherung Leistungen gewährt. Durch die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sparen (auf der Wertebasis von 1994) der Bund

ca. 620 Millionen DM und die Länder ca. 150 Millionen DM in der Kriegsopferfürsorge ein.

4. Insgesamt ergeben sich 1994 durch die soziale Pflegeversicherung folgende Entlastungen:

— in der GKV	4,00 Mrd. DM *
— in der Sozialhilfe	1,20 Mrd. DM **)
— in der Kriegsopferversorgung	0,03 Mrd. DM
— in der Kriegsopferfürsorge	0,12 Mrd. DM

V. Steuerliche Auswirkungen

Überblick

Steuerliche Auswirkungen der Pflegeversicherung

	Steuermehr- (+)/ Steuerminde- einnahmen (-) im Entstehungsjahr (Modellrechnung auf der Wertebasis 1994 für 1996/Bei- tragssatz 1,7 %) — Mio. DM —
1. Arbeitgeber	
Abzugsfähigkeit des Arbeitgeberanteils zur Pflegeversicherung	- 4 000
Geringere Kosten durch Selbstbeteiligung bei der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	+ 6 000
Saldo Arbeitgeber	+ 2 000
2. Arbeitnehmer	
Lohnsteuerausfälle durch Wahl der Selbstbeteiligung bei der Entgeltfortzahlung nachrichtlich:	
Geringere Einnahmen bei Sozialbeiträgen (Arbeitnehmer und Arbeitgeberanteil)	(- 2 000)
Sonderausgabenabzug der Beiträge zur Pflegeversicherung	- 500
Zusätzlicher Höchstbetrag von 360 DM für freiwillige Pflegezusatzversicherung für junge Arbeitnehmer ..	- 200
Saldo Arbeitnehmer	- 2 200
3. Auswirkungen insgesamt	- 200
nachrichtlich:	
einschließlich Minder- einnahmen bei den Sozial- beiträgen	(- 2 200)

*) Mittel- bis langfristig werden weitere 2,7 Mrd. DM durch den Abbau fehlbelegter Krankenhausbetten eingespart.

**) 1996 ergeben sich in der Sozialhilfe voraussichtlich Entlastungen von 7 bis 8 Mrd. DM.

Erläuterungen

1. Arbeitgeber

a) Arbeitgeberbeiträge

Die Arbeitgeberbeiträge zur Pflegeversicherung sind als Betriebsausgaben in voller Höhe von der Bemessungsgrundlage der Einkommen-, Körperschaft- und Gewerbeertragsteuer abzugsfähig. Bei einem Beitragsatz von 1,7 % betragen die Beiträge privater Arbeitgeber zur Pflegeversicherung auf der Wertebasis 1994 — mit Berücksichtigung einer entsprechenden Beitragsenkung in der gesetzlichen Krankenversicherung — rd. 8 Mrd. DM. Die steuerlichen Auswirkungen der Abzugsfähigkeit hängen entscheidend davon ab, in welchem Umfang die Beitragsbelastungen von den Unternehmen auf die Preise überwält werden. Bei *vollständiger* Überwälzung bleibt der Gewinn unverändert und es kommt somit nicht zu Steuermindereinnahmen. Die Steuereinnahmen vermindern sich am stärksten, wenn *keine* Überwälzung erfolgt. In diesem Falle verringert sich der Gewinn im Umfang der zu entrichtenden Arbeitgeberbeiträge zur Pflegeversicherung.

In den Angaben zu den Steuermindereinnahmen infolge höherer Arbeitgeber-Pflegebeiträge ist die zu erwartende Beitragssatzsenkung bei der gesetzlichen Krankenversicherung bereits berücksichtigt.

b) Selbstbeteiligung bei der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Die Selbstbeteiligung bei der Entgeltfortzahlung führt durch geringere Lohnkosten oder durch Produktivitätssteigerung zu geringeren steuerwirksamen Kosten oder zu höheren steuerpflichtigen Gewinnen.

Im Anlaufjahr 1994 ergeben sich insgesamt 13,5 Mrd. DM Einsparungen. Davon entfallen rd. 90 v. H. = rd. 12 Mrd. DM auf steuerpflichtige Unternehmen.

Ohne Berücksichtigung evtl. Preiswirkungen ergeben sich hierdurch Steuermehreinnahmen (ESt, KSt, GewSt) von rd. 6 Mrd. DM.

Für die angenommene Kostensenkung oder Steuermehreinnahme durch die Selbstbeteiligung bei der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall bestehen erhebliche Risiken, beispielsweise durch

— möglichen verstärkten Druck, unbezahlte Krankheitstage mit nicht bezahlten Überstunden (öffentlicher Dienst, Angestellte i.d. Privatwirtschaft) zu verrechnen.

— Soweit unbezahlte Krankheitstage durch Kürzung des Urlaubs ausgeglichen werden, ist eine entsprechende Umsetzung in kostensenkenden Produktivitätsfortschritt durch Personaleinsparung und/oder (bei entsprechendem Absatz) durch erhöhte Produktion möglich.

2. Arbeitnehmer

a) Beiträge

Arbeitnehmerbeiträge zur sozialen Pflegeversicherung und Beiträge zur privaten Pflegeversicherung können im Rahmen der geltenden Höchstbeträge als Vorsorgeaufwendungen vom steuerpflichtigen Einkommen abgesetzt werden. Da diese Höchstbeträge in vielen Fällen bereits ausgeschöpft sind, dürften sich die Steuermindereinnahmen lediglich auf etwa 500 Millionen DM bei erstmaligem vollem Beitragssatz belaufen.

Die zu erwartende Senkung der Krankenversicherungsbeiträge ist hierbei nicht berücksichtigt.

Zur Stärkung der freiwilligen Vorsorge wird ein *zusätzlicher Sonderausgabenabzug* im Rahmen der Vorsorgeaufwendungen in Höhe von 360 DM pro Person und Jahr für eine freiwillige Pflegezusatzversicherung für Angehörige der Geburtsjahrgänge 1963 und jünger mit der 2. Stufe der sozialen Pflegeversicherung eingeführt. Die Steuermindereinnahmen infolge dieser Maßnahme werden nach ersten groben Schätzungen in den Entstehungsjahren 1996 und 1997 etwa 200 Millionen DM betragen.

b) Selbstbeteiligung bei der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Es kann davon ausgegangen werden, daß die bei den Arbeitgebern durch die Selbstbeteiligung eintretenden maximal möglichen Kostenersparnisse von 13,5 Mrd. DM zu 50 v. H. = 6,75 Mrd. DM durch die Wahl der Selbstbeteiligung bei der Entgeltfortzahlung realisiert werden (die anderen 50 v. H. setzen ihren Urlaub als Selbstbeteiligung ein). Nach Abzug des Arbeitgeberanteils zur Sozialversicherung von rd. 1 Mrd. DM bedeutet dies eine Verringerung der Lohnsumme um rd. 5,7 Mrd. DM und Lohnsteuer ausfälle von rd. 1,5 Mrd. DM. Hinzu kommen Beitragsausfälle bei der Sozialversicherung von rd. 2 Mrd. DM.

VI. Finanzwirkungen in der mehrjährigen Betrachtung

Nach den Berechnungen wird der Beitragssatz von 1,7 % im Jahr 1996 aus demographischen Gründen im Laufe der Zeit steigen. Der Umlagebeitragssatz wird im Jahre 2010 etwa 1,9 % und im Jahre 2030 etwa 2,4 % betragen. Im gleichen Zeitraum steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen in der hier getroffenen Abgrenzung des Versichertenkreises von rd. 1,5 Millionen in 1996 auf 1,8 Millionen im Jahre 2010 und weiter auf 2,0 Millionen im Jahre 2030. Wegen der Einbeziehung der Rentner liegt die Zahl der Beitragszahler im Jahre 2030 etwa auf dem heutigen Niveau, nachdem sie bis etwa zum Jahr 2000 ansteigt und danach absinkt.

VII. Ausgleich der Belastungen der Wirtschaft

1. Die Beitragsbelastungen der Wirtschaft — bei einem Beitragssatz von 1,7 % für das Jahr 1996 12,3 Mrd. DM (berechnet auf der Wertebasis 1994) — sollen durch folgende Maßnahmen ausgeglichen werden:

a) durch automatisch eintretende Einsparungen infolge wegfallender Pflegeleistungen in anderen Leistungsbereichen

— Wegfall der Pflegeleistungen

in der GKV 4,0 Mrd. DM

b) durch gezielte Einsparmaßnahmen bei sozialen Leistungen

— Senkung der Krankenkassenausgaben für Krankenhauspflege durch Umwidmung oder Abbau von fehlbelegten Krankenhausbetten

2,7 Mrd. DM

— Bekämpfung von Mißbrauch bei der Entgeltfortzahlung bis zu

2,9 Mrd. DM

c) durch die Einführung einer Selbstbeteiligung bei der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

— Selbstbeteiligung bei den ersten beiden Tagen pro Krankheitsfall, maximal jedoch 6 Krankheitstage pro Jahr

13,5 Mrd. DM

2. Die einzelnen Einsparmaßnahmen wirken sich im Verhältnis zu den verschiedenen Gruppen der Betroffenen unterschiedlich aus:

a) Die Entlastungen in der GKV in Höhe von 6,7 Mrd. DM kommen je zur Hälfte den Versicherten und den Unternehmen zugute, also in Höhe von je 3,35 Mrd. DM.

b) Einsparungen bei der Entgeltfortzahlung

Die Bekämpfung von Mißbrauch und die Modifizierung bei der Entgeltfortzahlung wirken sich in voller Höhe zugunsten der Unternehmen aus.

Der Ausgleich für die Wirtschaft beläuft sich somit insgesamt auf 19,75 Mrd. DM.

D. Preiswirkungsklausel

Die Kosten der Pflegeversicherung werden durch Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge sowie Leistungen des Bundes aufgebracht. Die Arbeitnehmerbeiträge belasten das verfügbare Einkommen der Arbeitnehmerhaushalte. Die gesamtwirtschaftliche Auswirkung dieser Belastung ist abhängig von der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung und etwaigen Änderungen im Sparverhalten. Bei einer Dämpfung des privaten Verbrauchs ist tendenziell mit entsprechenden Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau des privaten Verbrauchs zu rechnen. Bei

Rückgang der Spartätigkeit ist tendenziell mit Zinssteigerungen zu rechnen, die sich ebenfalls auf das Verbraucherpreisniveau auswirken können. Der Umfang im einzelnen läßt sich nicht abschätzen; Auswirkungen auf das Preisniveau sind nicht auszuschließen.

Die Belastungen der Wirtschaft durch den Arbeitgeberbeitrag zur Pflegeversicherung sollen ausgeglichen werden. Insoweit ist nicht mit Auswirkungen auf das Preisniveau zu rechnen. Auswirkungen auf Einzelpreise infolge unterschiedlicher Kostenbe- und -entlastungen der einzelnen Unternehmen sind jedoch nicht auszuschließen. Hiervon ausgehende Auswirkungen auf das Verbraucherpreisniveau lassen sich nicht abschätzen.

E. Frauenpolitische Auswirkungen

Die häusliche Pflege durch Familienangehörige wird in der Regel durch Frauen, Mütter, Ehefrauen, Töchter, Schwiegertöchter ausgeübt. Der mit diesem Gesetz eingeführte bzw. verbesserte Sozialversicherungsschutz für unentgeltlich tätige Pflegepersonen kommt deshalb vor allem Frauen zugute. Die rentenversicherungsrechtliche Gleichstellung der Pflegetätigkeit mit Erwerbstätigkeit führt zu höheren Rentenleistungen im Alter und verbessert so die Altersversorgung vieler Frauen. Hiermit wird zugleich auch ein weiterer wichtiger Eckpfeiler für eine eigenständige soziale Sicherung von Frauen gesetzt, verbunden mit einem Abbau familienbedingter Nachteile in der Alterssicherung, wie er vom Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 7. Juli 1992 zur Berücksichtigung von Kindererziehung im Rentenrecht gefordert wird. Dies entspricht auch der vom Deutschen Bundestag und Bundesrat anlässlich der Verabschiedung des Rentenüberleitungsgesetzes angenommenen EntschlieÙung, wonach die Alterssicherung der Frauen in der gesetzlichen Rentenversicherung verbessert werden soll.

Die Maßnahmen zur Unterstützung der häuslichen Pflege werden auch dazu beitragen, negative gesundheitliche Folgen langjähriger Pflegetätigkeit zu verhindern oder abzumildern.

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden zu einem Anstieg des Bedarfs an professionellen Pflegeleistungen führen. Dies stellt ein erhebliches Potential für Berufsrückkehrerinnen dar, die durch Maßnahmen der Einarbeitung, Qualifizierung und Umschulung in diesem Teil des Arbeitsmarktes eingegliedert werden können.

F. Tabellen und Graphiken

1. Demographische Daten

- 1.1 Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands 1910, 1991 und 2039
- 1.2 Pflegebedürftige in Heimen im Jahre 1990 nach Alter und Geschlecht im früheren Bundesgebiet
- 1.3 Empfänger von Hilfe zur Pflege nach dem BSHG im früheren Bundesgebiet von 1970 bis 1991
- 1.4 Einpersonen- und Mehrpersonenhaushalte im früheren Bundesgebiet von 1970 bis 1991

2. Ausgaben, Kosten

- 2.1 Ausgaben für Sozialhilfe insgesamt und für Hilfe zur Pflege im früheren Bundesgebiet von 1970 bis 1991
- 2.2 Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege im früheren Bundesgebiet von 1970 bis 1991

3. Derzeitige Leistungen

- 3.1 Anzahl der Empfänger von Pflegeleistungen und Gesamtaufwand bei den einzelnen Kostenträgern im früheren Bundesgebiet
- 3.2 Anträge auf Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit bei der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1991

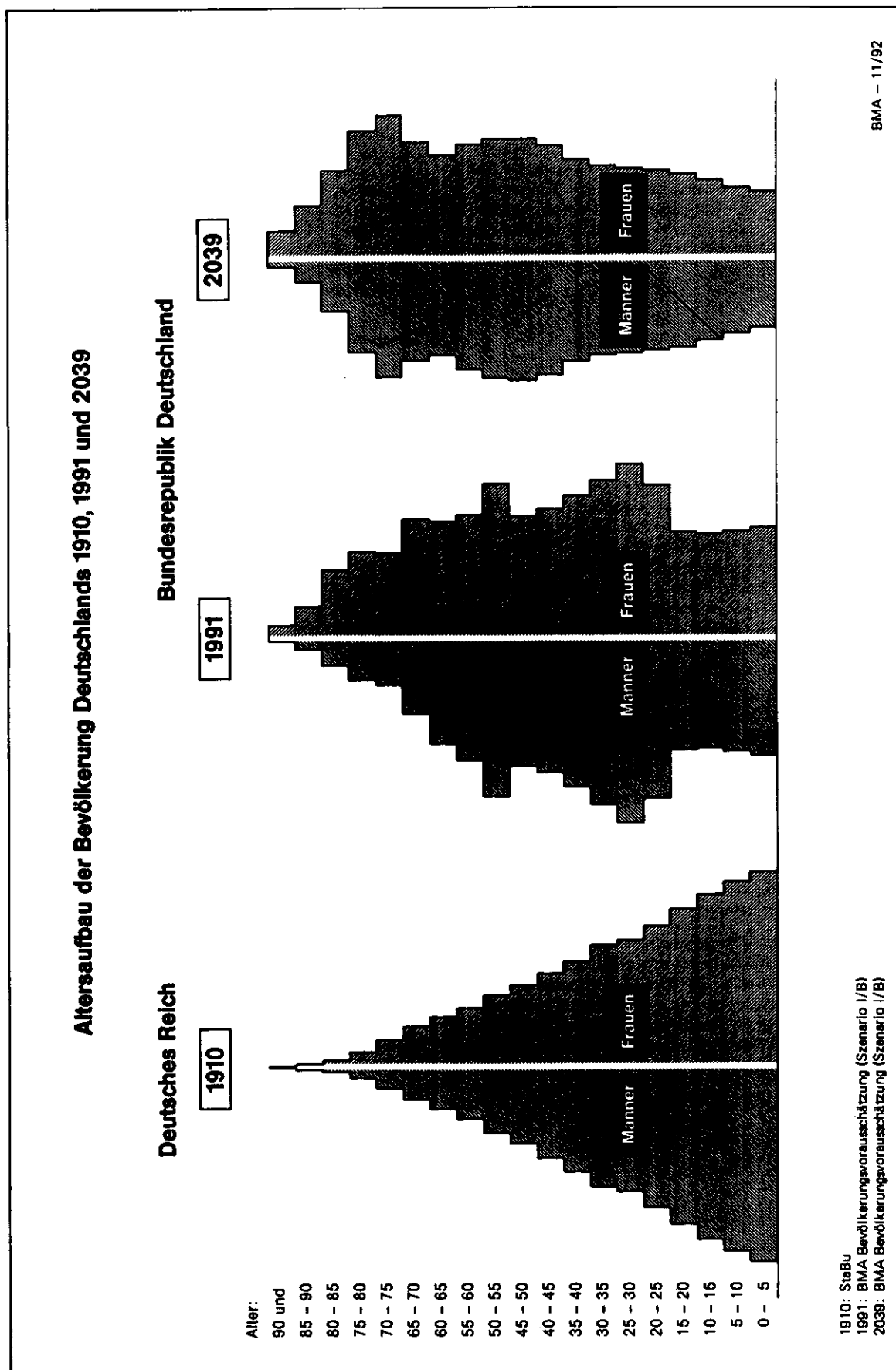
4. Pflegerische Versorgung

- 4.1 Dauer des Bedarfs an ambulanten Pflege-/Hilfeleistungen
- 4.2 Alter der Heimbewohner beim Einzug ins Alten- und Pflegeheim und bei Tod

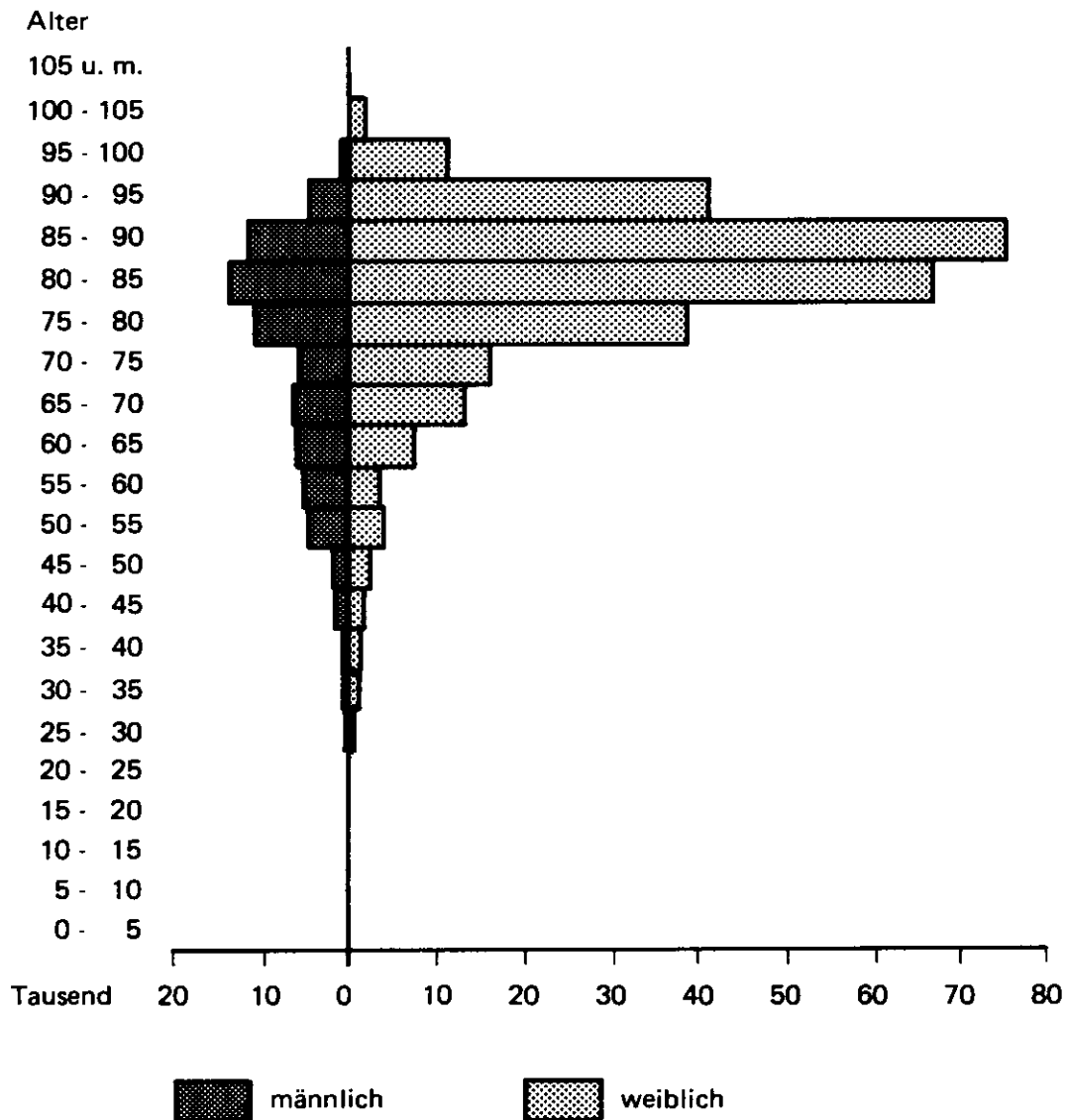
5. Pflegeinfrastruktur

- 5.1 Anzahl der Pflegeplätze in der Bundesrepublik Deutschland
- 5.2 Anzahl der Pflegeplätze in der Bundesrepublik Deutschland je 10 000 Einwohner
- 5.3 Pflegeeinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland

Grafik 1.1

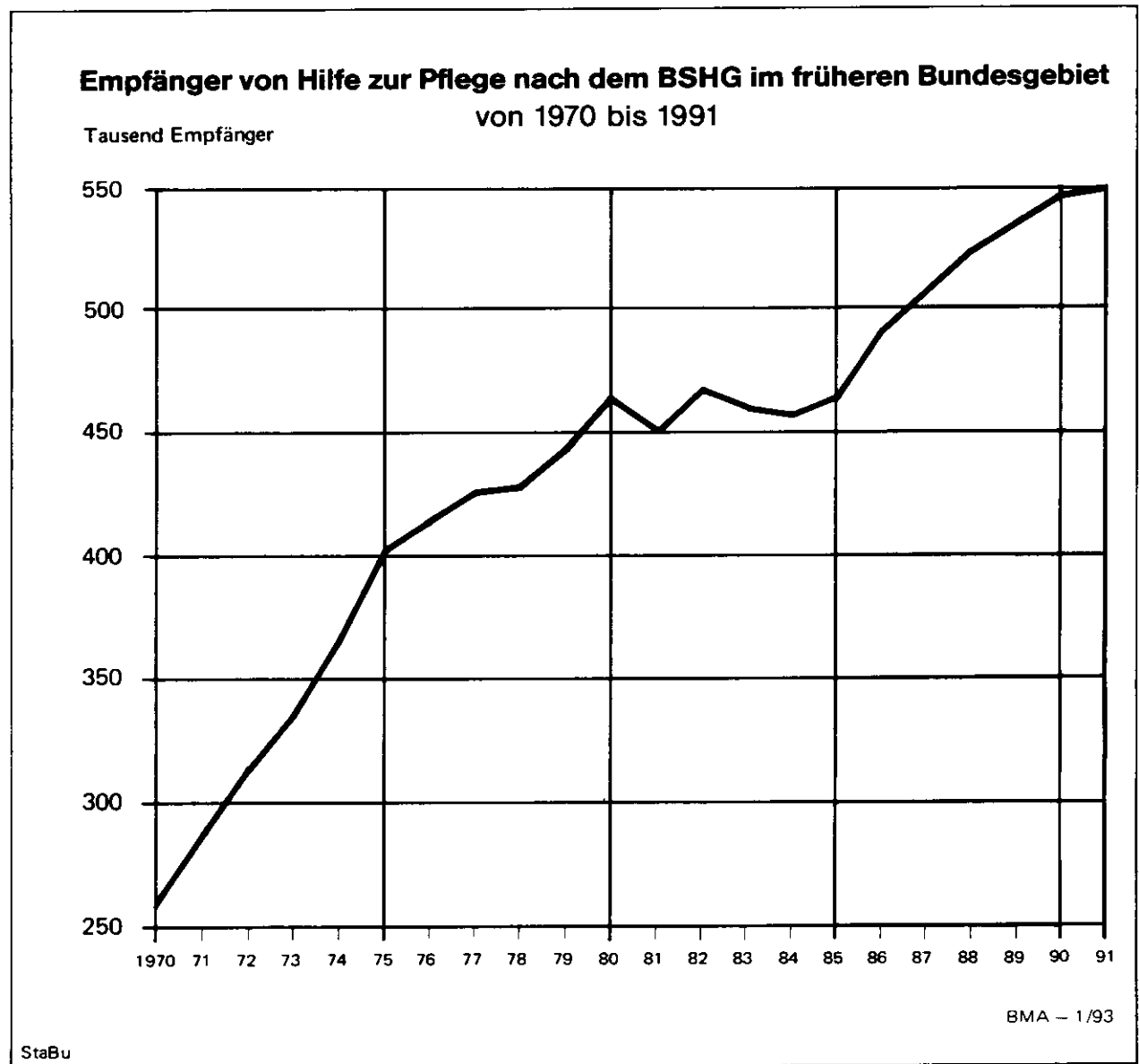


Pflegebedürftige in Heimen im Jahre 1990 nach Alter und Geschlecht im früheren Bundesgebiet



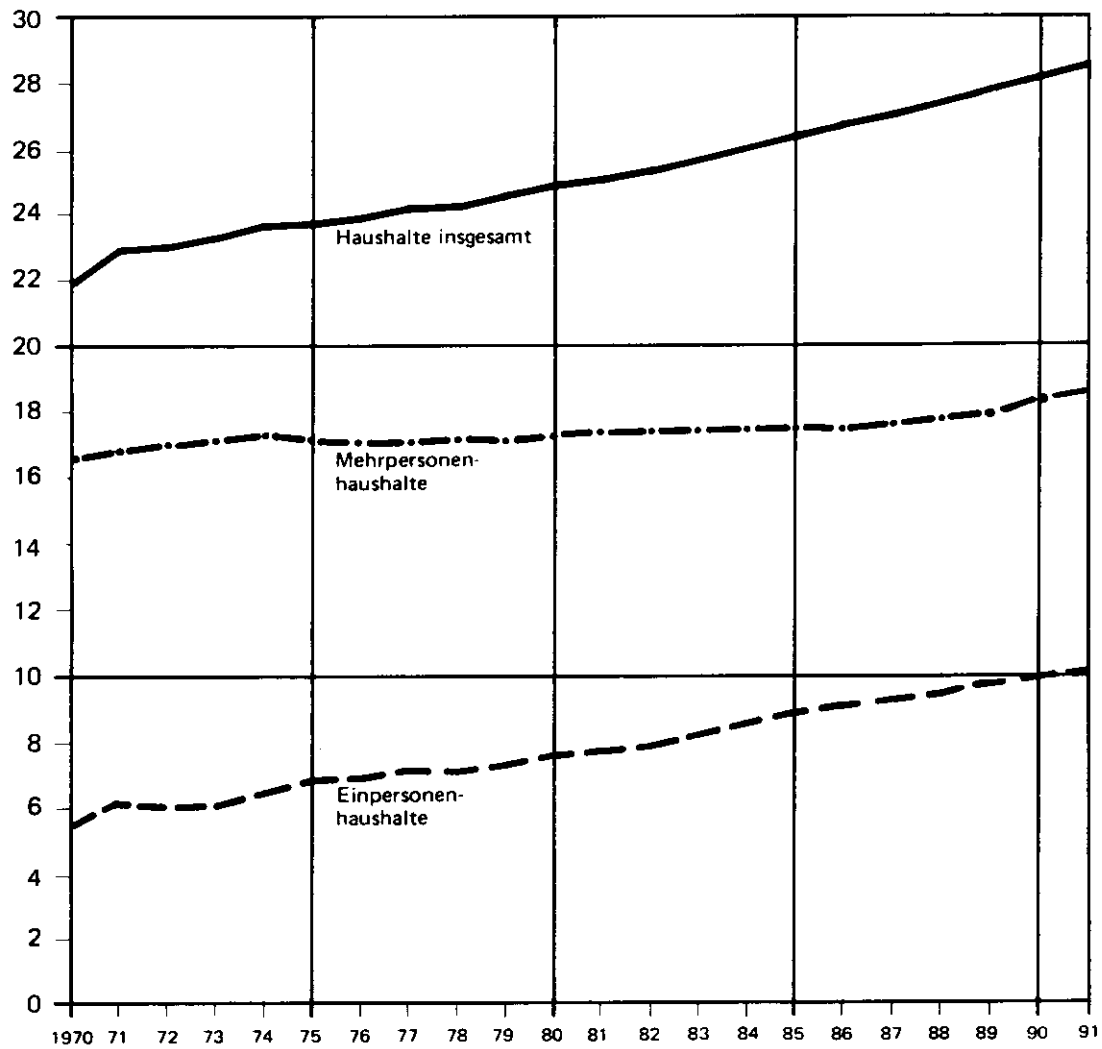
BMA - 10/92

Grafik 1.3



Einpersonen- und Mehrpersonenhaushalte im früheren Bundesgebiet von 1970 bis 1991

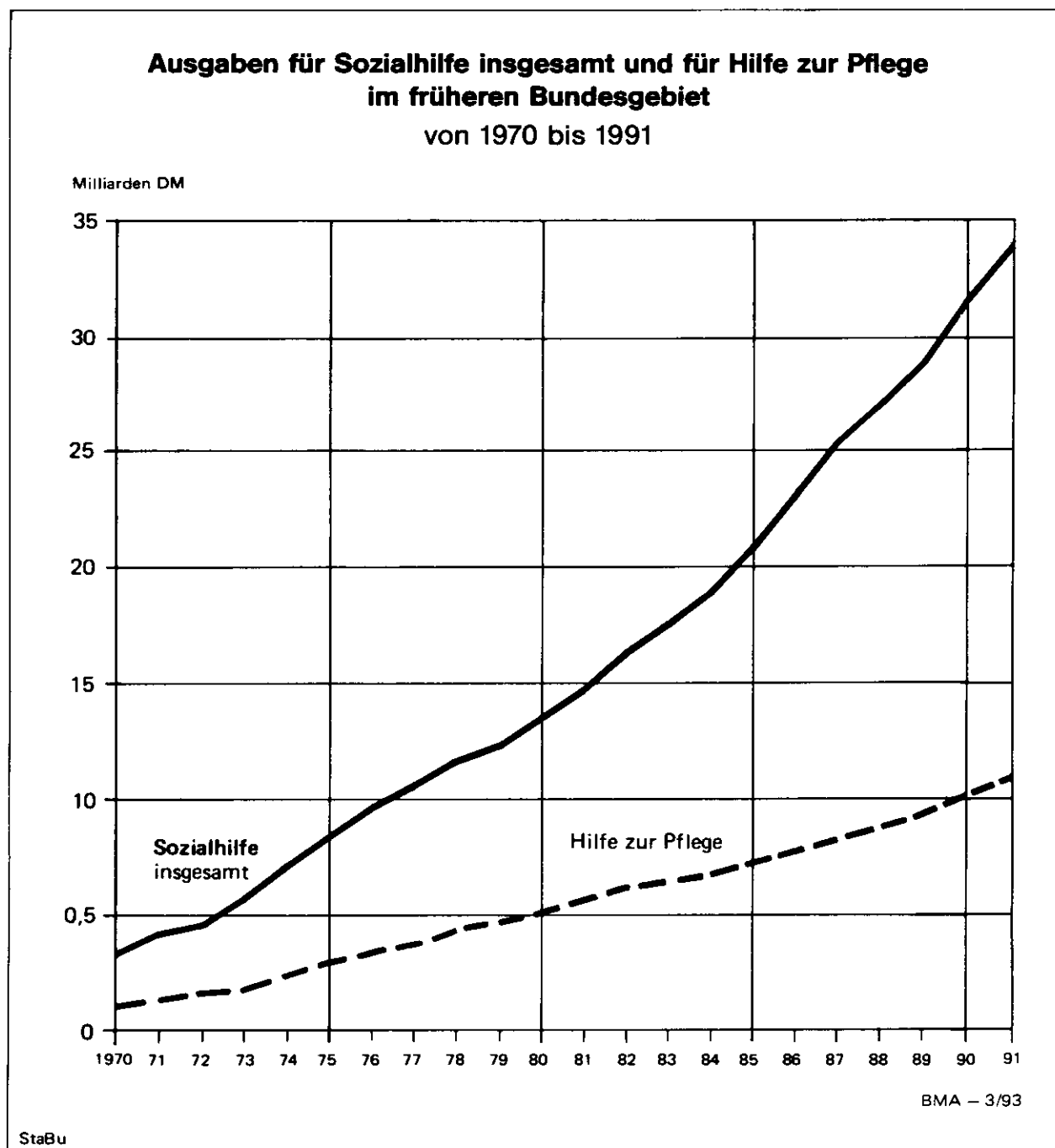
Mio Haushalte



BMA – 2/93

StaBu

Grafik 2.1



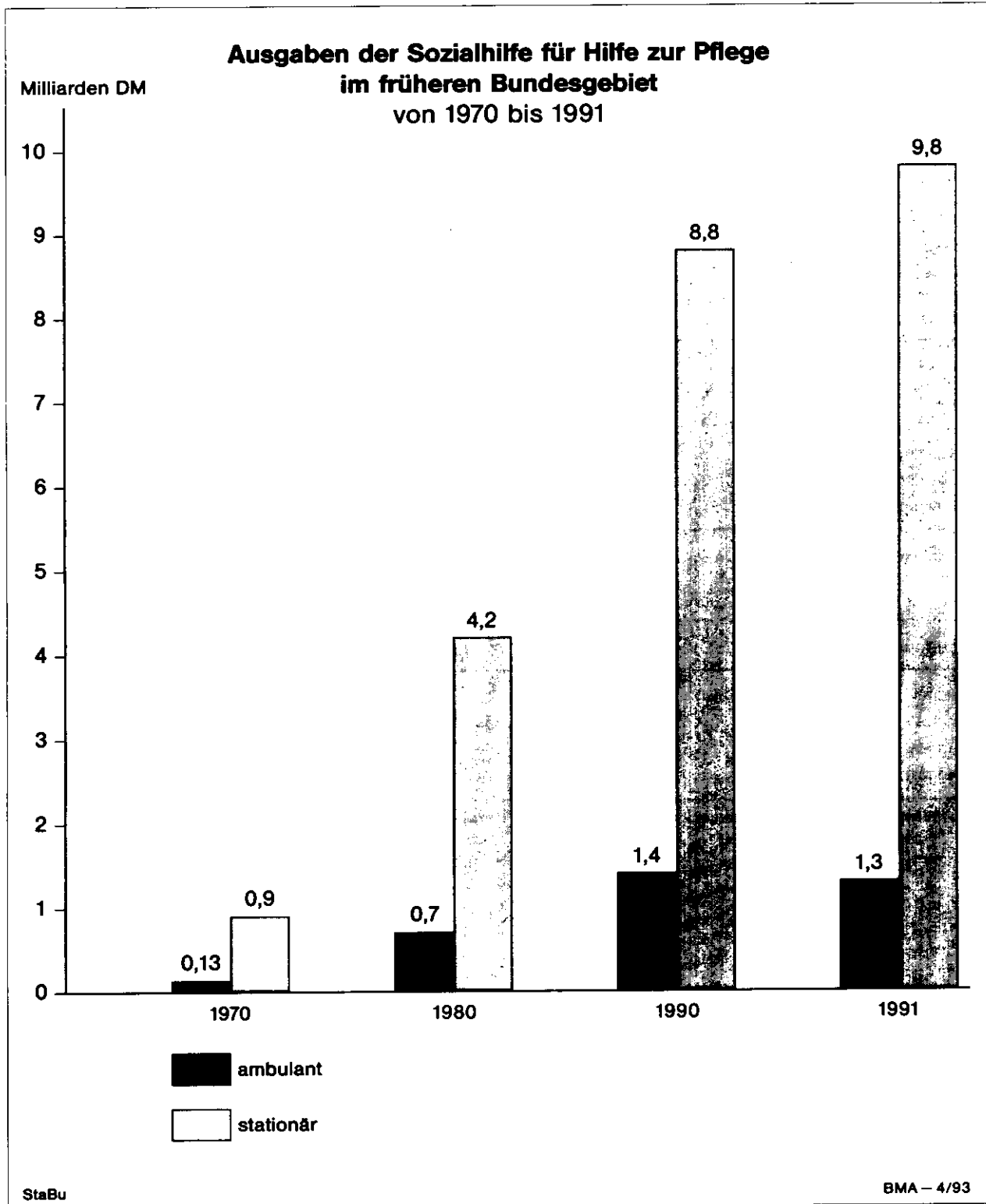


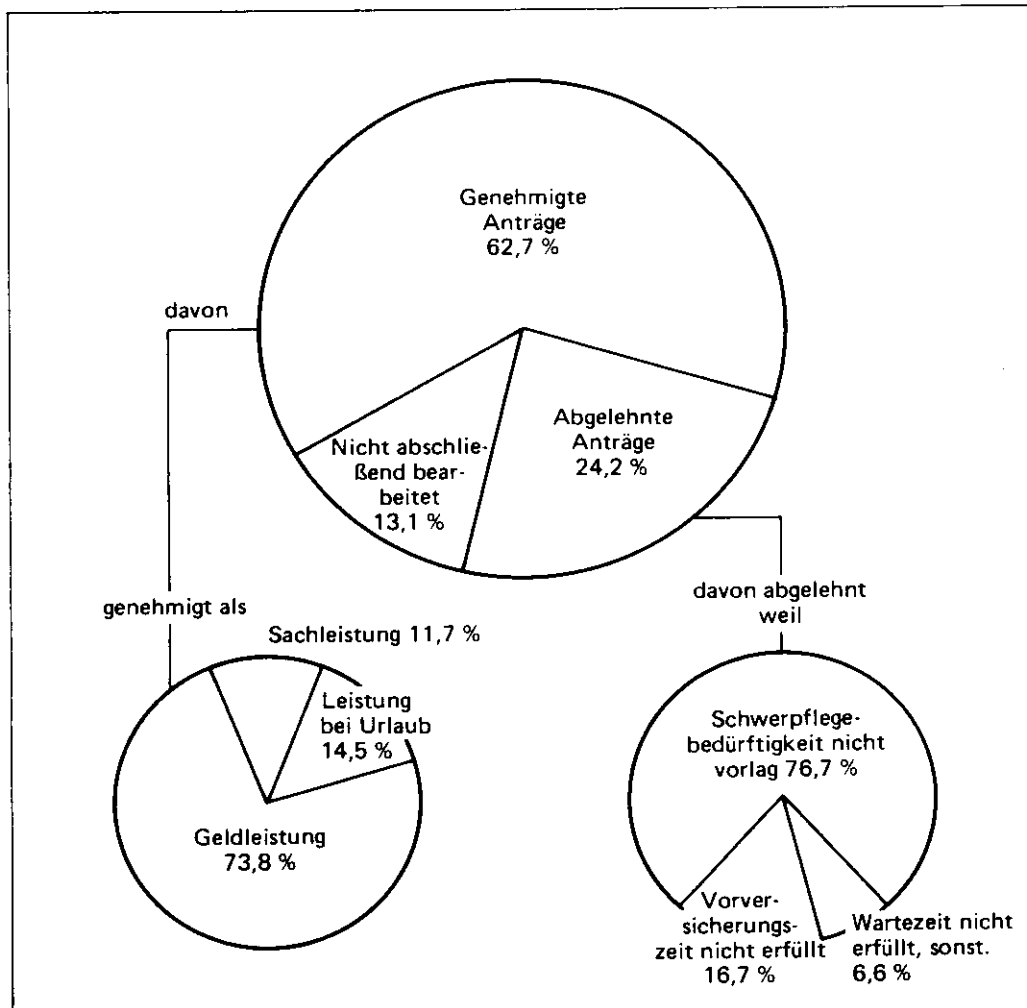
Tabelle 3.1

**Anzahl der Empfänger von Pflegeleistungen und Gesamtaufwand
bei den einzelnen Kostenträgern im früheren Bundesgebiet**

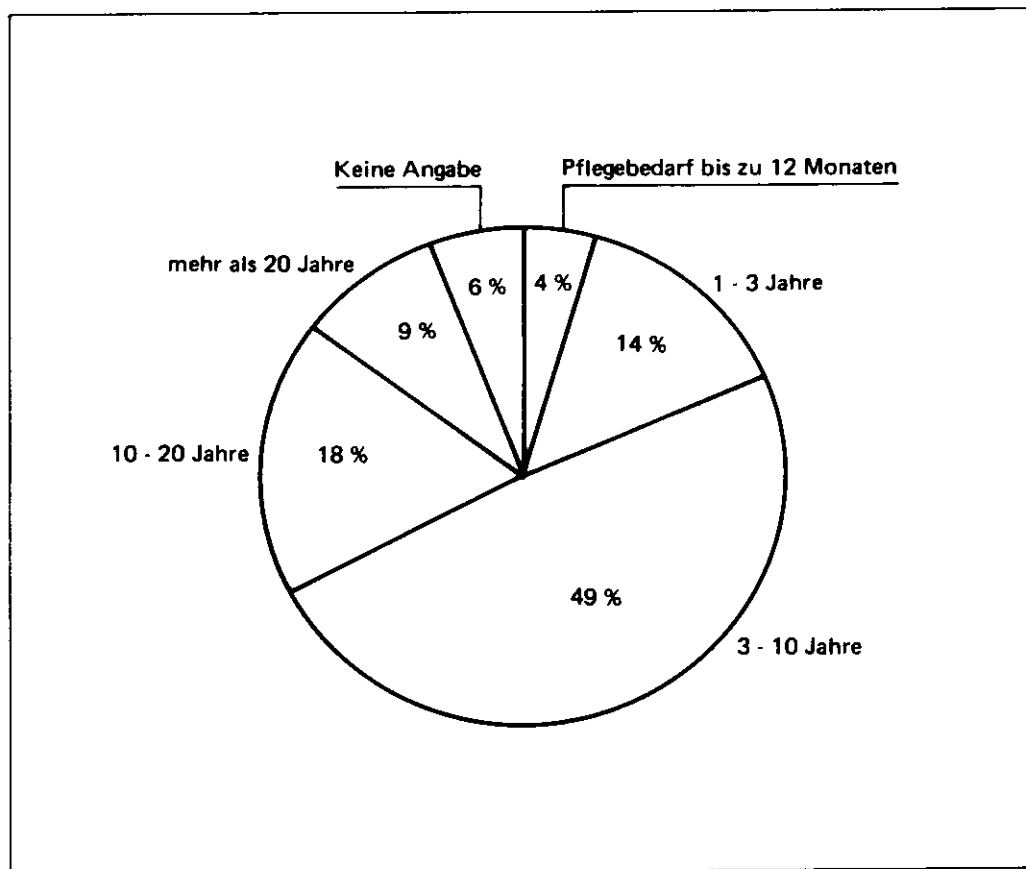
	Anzahl der Empfänger (Stichtagserhebungen)	Gesamtaufwand in DM
Unfallversicherung		
Pflegegeld	10 244 (1991)	122 Mio. (1991)
Sachleistungen	—	24 Mio. (1991)
Kriegsopferversorgung	20 433 (1991)	180 Mio. (1991)
Kriegsopferfürsorge	60 234 (1991)	1 305 Mio. (1991)
Beihilfe	—	geschätzt 710 Mio. (1991)
Krankenversicherung		wegen der Anlaufphase in 1991 nur 1,755 Mrd. DM (in den neuen Bundesländern 377 Mio.)
Geldleistungen	583 334 (1991) *)	
Sachleistungen	96 658 (1991) *)	
Urlaubspflege	94 655 (1991) *)	
Bundessozialhilfegesetz	655 328 (1991) *)	11,055 Mrd. (1991) (in den neuen Bundesländern 1,642 Mrd.)
Lastenausgleichsgesetz	44 500 (1991)	120 Mio. (1991)
Länder		
Berlin	25 000 (1991)	205 Mio. (1991)
Bremen	1 753 (1991)	geschätzt 10 Mio. (1991)
Rheinland-Pfalz	12 517 (1991)	87 Mio. (1991)

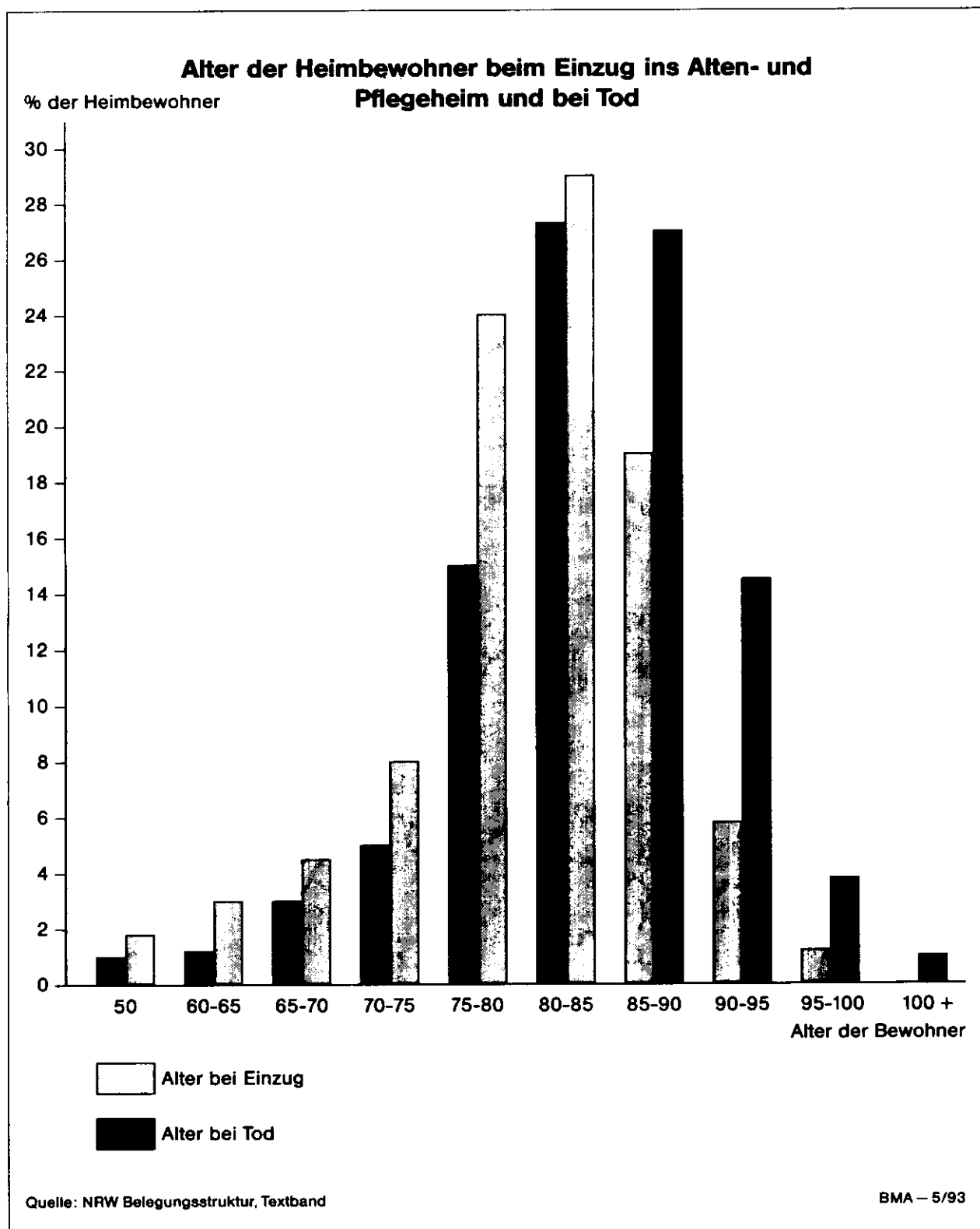
*) bewilligte Anträge im Zeitraum vom 1. Januar 1991 bis 31. Dezember 1991

Anträge auf Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit bei der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1991

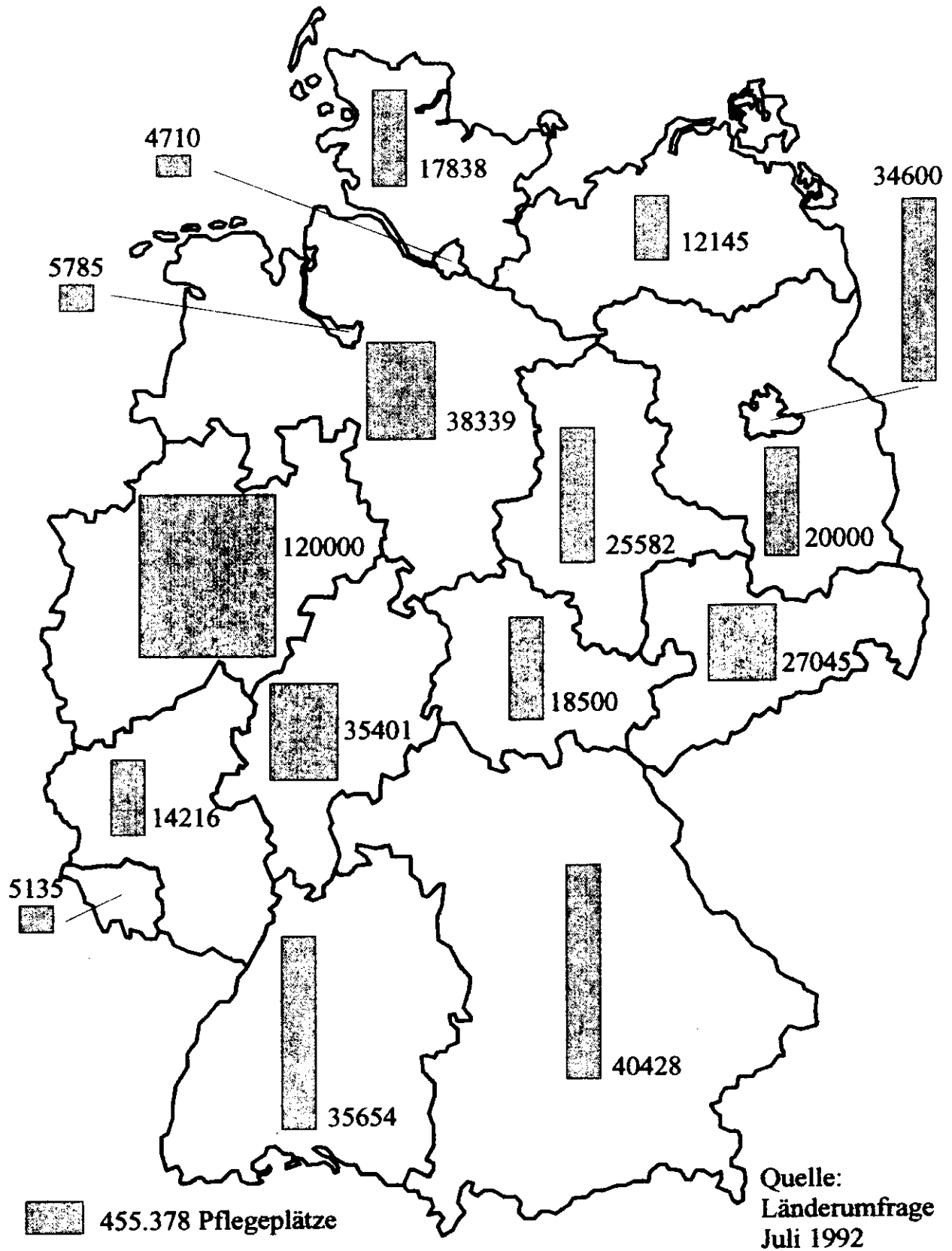


Dauer des Bedarfs an ambulanten Pflege-/Hilfeleistungen in Prozent der Fälle

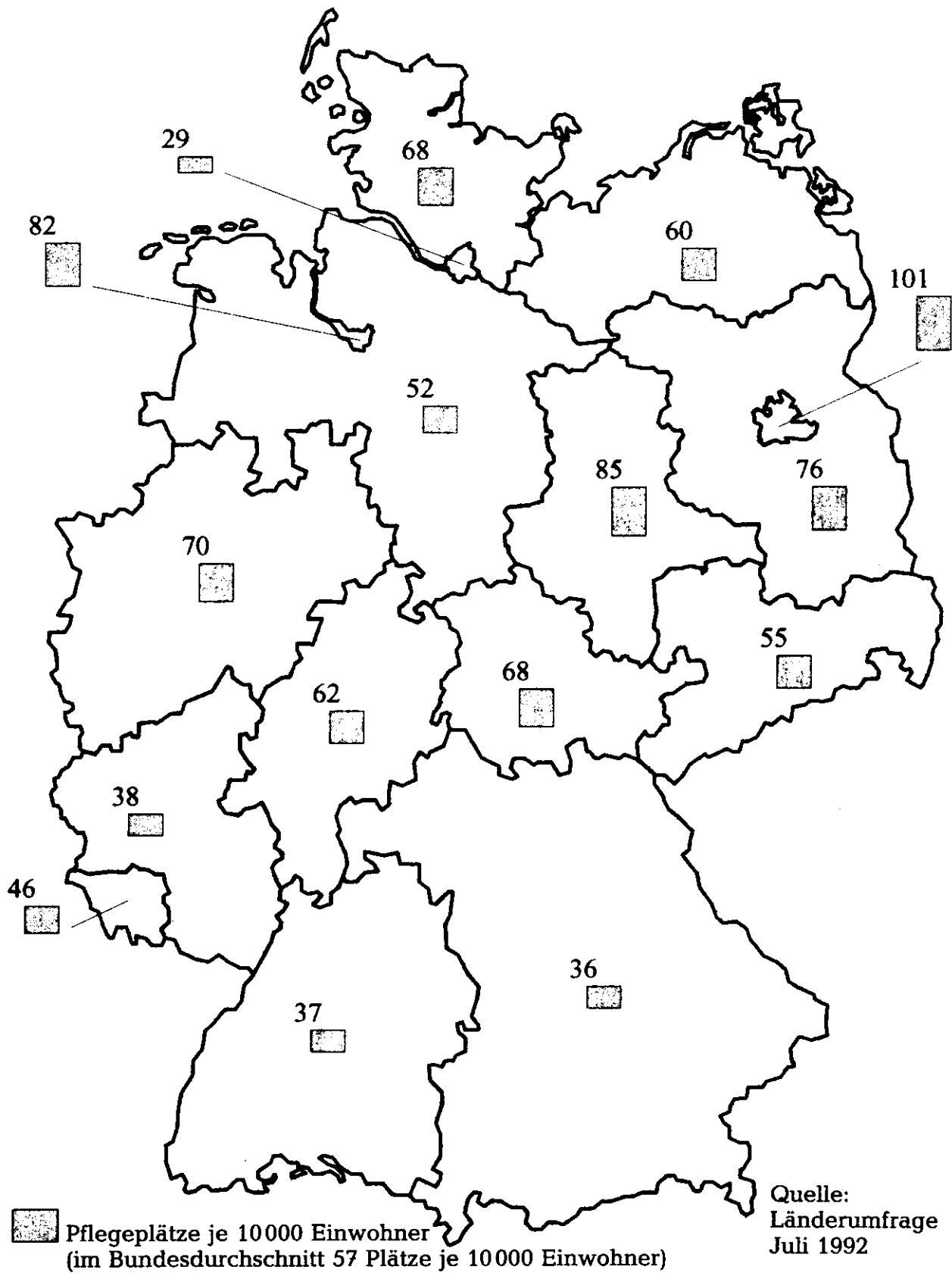




Anzahl der Pflegeplätze in der Bundesrepublik Deutschland

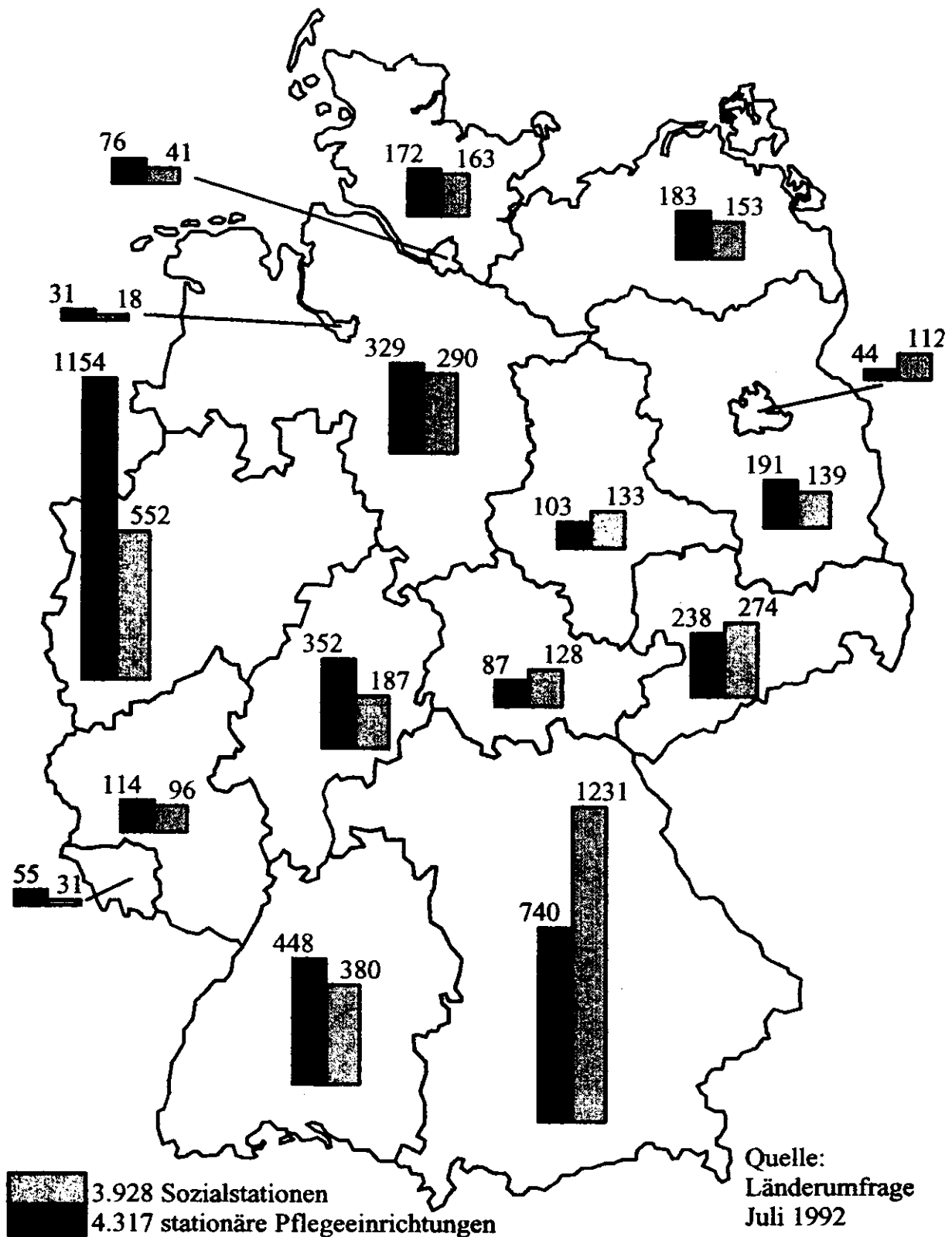


Anzahl der Pflegeplätze in der Bundesrepublik Deutschland je 10000 Einwohner



Grafik 5.3

Pflegeeinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland



Stellungnahme **des Bundesrates**

**Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der
Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz - Pflege VG)**

Entwurf eines Entgeltfortzahlungsgesetzes

**Der Bundesrat hat in seiner 660. Sitzung am 24. September 1993 gemäß Artikel 76 Abs. 2
des Grundgesetzes beschlossen, zu den Gesetzentwürfen wie aus der Anlage ersichtlich
Stellung zu nehmen.**

Anlage

Stellungnahme

zum

Entwurf eines Gesetzes
zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit
(Pflege- Versicherungsgesetz - Pflege VG)

sowie zum

Entwurf eines Entgeltfortzahlungsgesetzes

Die Einführung einer sozialen Pflegeversicherung ist eines der wichtigsten sozialpolitischen Vorhaben dieser Legislaturperiode.

Der Bundesrat bekräftigt sein nachdrückliches Interesse am Zustandekommen einer sozialverträglichen Gesetzesregelung zur Absicherung des Pflegerisikos.

Der Bundesrat stellt fest, daß ihm eine beratungsfähige Vorlage zur Pflegeversicherung und deren Finanzierung nicht vorliegt. Weder ist die von der Bundesregierung vorgesehene Kompensation über die sogenannten Karenztage zurückgezogen, noch sind alternative Finanzierungsmodelle fristgerecht dem Bundesrat zur Stellungnahme zugeleitet worden.

Schon aus diesem Grunde lehnt der Bundesrat den vorliegenden Entwurf eines Pflegeversicherungsgesetzes zum gegenwärtigen Zeitpunkt ab und sieht mangels beratungsfähiger Vorlage von einer Stellungnahme zu dem durch die Diskussion der letzten Tage obsolet gewordenen Entgeltfortzahlungsgesetz ab.