

Gesetzesbeschluß
des Deutschen Bundestages

Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit
(Pflege-Versicherungsgesetz - PflegeVG)

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 183. Sitzung am
22. Oktober 1993 aufgrund der Beschlußempfehlung und des
Berichts des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung
(11. Ausschuß) - Drucksachen 12/5920, 12/5952 - den

Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung
des Risikos der Pflegebedürftigkeit
(Pflege-Versicherungsgesetz - PflegeVG)
- Drucksachen 12/5262, 12/5617, 12/5761, 12/5891 -

mit den durch den Gesetzentwurf vorgegebenen Zählbe-
zeichnungen und unter Berücksichtigung der zu Protokoll
gegebenen Berichtigungen in der nachstehenden Fassung
angenommen:

Fristablauf: 12.11.93

Initiativgesetz des Bundestages;
erster Durchgang des Regierungsentwurfs: Drs. 505/93

**Gesetz 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 17 d	Abgeordnetengesetz und Europaabgeordnetengesetz
Artikel 1	Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung	Artikel 17 e	Flüchtlingshilfegesetz
Zweiter Teil	Änderung des Sozialgesetzbuches	Artikel 18	Bundesvertriebenengesetz
Artikel 2	Erstes Buch Sozialgesetzbuch	Artikel 19	Einkommensteuergesetz
Artikel 3	Viertes Buch Sozialgesetzbuch	Artikel 20	Umsatzsteuergesetz
Artikel 4	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch	Artikel 21	Bewertungsgesetz
Artikel 5	Sechstes Buch Sozialgesetzbuch	Artikel 22	Versicherungssteuergesetz
Dritter Teil	Änderung weiterer Gesetze	Artikel 22 a	Bundeshaushaltsordnung
Artikel 5a	Gesetz zur Sicherung und Struktur- verbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung	Artikel 23	Bundesausbildungsförderungsgesetz
Artikel 6	Reichsversicherungsordnung	Artikel 24	Wohneldgesetz
Artikel 7	Arbeitsförderungsgesetz	Artikel 25	Sozialgerichtsgesetz
Artikel 8	Bundesversorgungsgesetz	Artikel 26	Eignungsübungsgesetz
Artikel 8a	Zweites Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer und Gewalttaten	Artikel 27	Unterhaltssicherungsgesetz
Artikel 9	Arbeitssicherstellungsgesetz	Vierter Teil	Überleitungs- und Schlussvor- schriften
Artikel 10	(entfallen)	Artikel 27 a	Beitragsüberwachungsverordnung
Artikel 11	Künstlersozialversicherungsgesetz	Artikel 27 b	Beitragszahlungsverordnung
Artikel 12	Zweites Gesetz über die Krankenversi- cherung der Landwirte	Artikel 27 c	Verordnung über die Erstattung von Aufwendungen nach dem Gesetz zur Überführung von Ansprüchen und Anwartschaften aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen des Beitragsgebietes durch den Bund
Artikel 13	Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation	Artikel 27 d	Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang
Artikel 13a	Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte	Artikel 28	Familienversicherung der Behinderten
Artikel 13 b	Gesetz zur Förde- rung der Einstellung der land- wirtschaftlichen Erwerbstätigkeit	Artikel 28 a	Fristverlängerung für Befreiungsanträge
Artikel 14	Krankenhausfinanzierungsgesetz	Artikel 29	Behandlung der bestehenden privaten Pflegeversicherungsverträge
Artikel 15	Bundessozialhilfegesetz	Artikel 30	Beitragsbemessung bei landwirtschaft- lichen Unternehmern und mitarbeiten- den Familienangehörigen
Artikel 16	Heimgesetz	Artikel 31	Beitragsbemessung bei Wehr- und Zivil- dienstleistenden
Artikel 17	Lastenausgleichsgesetz	Artikel 32	Bezieher von Pflegeleistungen nach den §§ 53 bis 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 17 a	Bundesbesoldungsgesetz		
Artikel 17 b	Bundesministergesetz		
Artikel 17 c	Gesetz über die Rechtsverhältnisse der Parlamentarischen Staatssekretäre		

- Artikel 32 a Aufbau der Verwaltung der Pflegekassen
- Artikel 32 b Beitragsfreiheit für Pflegebedürftige in stationärer Pflege
- Artikel 32 c Übergangsregelungen für die Beitragszahlung von Rentenbeziehern
- 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 Verordnungsmächtigung
- § 15 Richtlinien der Pflegekassen
- § 16 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
- § 17 Begriff der Pflegepersonen

Drittes Kapitel

Versicherungspflichtiger Personenkreis

- § 18 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung
- § 19 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen
- § 20 Befreiung von der Versicherungspflicht
- § 20 a Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen
- § 20 b Versicherungspflicht für Abgeordnete
- § 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 und sonstige Versicherte
- § 45 Mitgliedschaft

Dritter Abschnitt

Meldungen

- § 46 Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung
- § 47 Meldungen bei Mitgliedern der privaten Pflegeversicherung
- § 48 (entfallen)

Vierter Abschnitt

Wahrnehmung der Verbandsaufgaben

- § 49 Aufgaben auf Landesebene
- § 50 Aufgaben auf Bundesebene

Sechstes Kapitel

Finanzierung

Erster Abschnitt

Beiträge

Erster Titel

*Allgemeines
(entfallen)*

- § 51 Grundsatz
- § 52 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze
- § 53 Beitragsfreiheit
- § 54 Beitragspflichtige Einnahmen

Zweiter Titel

*Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder
(entfallen)*

- § 55 Beitragstragung
- § 56 Beitragszahlung

Zweiter Abschnitt

Beitragszuschüsse

- § 57 Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Privatversicherte
- § 58 (entfallen)
- § 59 (entfallen)
- § 60 (entfallen)

§ 61 (entfallen)

*Dritter Titel
Beitragstragung
(entfallen)*

§ 62 (entfallen)

§ 63 (entfallen)

§ 64 (entfallen)

*Vierter Titel
Beitragszahlung
(entfallen)*

§ 65 (entfallen)

§ 66 (entfallen)

§ 67 (entfallen)

*Zweiter Abschnitt
Beitragszuschüsse für Privatversicherte
(hier entfallen)*

§ 68 (entfallen)

Dritter Abschnitt

Finanzierungsbeitrag der Länder

§ 69 Finanzierungsbeitrag der Länder

Vierter Abschnitt

Verwendung und Verwaltung der Mittel

§ 70 Mittel der Pflegekasse

§ 71 Betriebsmittel

§ 72 Rücklage

§ 73 (entfallen)

Fünfter Abschnitt

Ausgleichsfonds, Finanzausgleich

§ 74 Ausgleichsfonds

§ 75 Finanzausgleich

§ 76 Monatlicher Ausgleich

§ 77 Jahresausgleich

Siebtles Kapitel

Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern

Erster Abschnitt

Allgemeine Grundsätze

§ 78 Sicherstellungsauftrag

§ 79 Beitragssatzstabilität

Zweiter Abschnitt

Beziehungen zu den Pflegeeinrichtungen

§ 80 Pflegeeinrichtungen

§ 81 Zulassung zur Pflege durch
Versorgungsvertrag

§ 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
Pflegevergütung

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 Pflegeleistungen

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 Pflegekassen
- § 104 Personenbezogene Daten bei den Verbänden der Pflegekassen

- § 105 Gemeinsame Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten

- § 106 Personenbezogene Daten beim Medizinischen 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
- § 117 Auskünfte an Versicherte

Vierter Abschnitt

Statistik

- § 118 Pflegestatistiken

Zehntes Kapitel

Private Pflegeversicherung

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

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. April 1994, die Leistungen bei stationärer Pflege vom 1. Januar 1996 an.

(6) Die Ausgaben der Pflegeversicherung werden durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber 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 Pflegen sind darauf ausgerichtet, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen weiterzugewinnen 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 vorsieht. 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 Versorgungsmaßnahmen und durch aktive Mitwirkung an Frühentbehandlung 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 Versorgungseinrichtungen 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 Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes 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 Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege, Organisationen der Behinderten, die Verbände der privaten ambulanten Dienste sowie die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime angehören. Dem Ausschuss obliegt die Beratung der Bundesregierung 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.

(3) Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes im Abstand von drei Jahren, erstmals im Jahre 1997, über die Entwicklung der Pflegeversicherung, den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und die Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge des Ausschusses für Fragen der Pflegeversicherung.

§ 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 und aktivierende 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. Freigemeinnützige und private Träger haben Vorrang gegenüber öffentlichen Trägern.

(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 und wirken darauf hin, daß Mängel der pflegerischen Versorgungsstruktur beseitigt werden. 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 genügen den Fürsorgeleistungen zur Pflege

1. nach dem Bundessozialhilfegesetz,
2. nach dem Lastenausgleichsgesetz, dem Reparationsbeschädigungsgesetz 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 und dem Achten Buch Sozialgesetzbuch 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 gleichwertig sind. 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 körperlichen, geistigen oder seelischen 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) Krankheiten oder Behinderungen 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. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, 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, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder 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 für wenigstens drei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen 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.

(3) In der Verordnung nach § 14 und den Richtlinien nach § 15 ist näher zu regeln, welcher zeitliche Pflegeaufwand in den einzelnen Pflegestufen jeweils mindestens erforderlich ist.

§ 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 Rechtsverordnung 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

(1) Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen im Interesse einer einheitlichen Rechtsanwendung gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen 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, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime sowie die Verbände der privaten ambulanten Dienste zu beteiligen.

(2) Die Richtlinien nach Absatz 1 werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

§ 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 §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt. Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizini-

schen 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 soll, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen.

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

(6) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Der Medizinische Dienst ist befugt, den Pflegefachkräften oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln.

§ 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 in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies sind:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen, die Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Eingliederungsgeld, Eingliederungshilfe für Spätaussiedler, Unterhaltsgeld oder Altersübergangsgeld nach dem Arbeitsförderungsgesetz beziehen,
3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenenteiler, die nach § 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtig sind,
4. selbständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für Behinderte für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation sowie an Berufsausbildung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. Behinderte, die in nach dem Schwerbehindertengesetz anerkannten Werkstätten für Behinderte oder in nach dem Blindenwarenervertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. Behinderte, die 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,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
10. 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 nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnittes befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

(2) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 Vorruhestandsgeldgesetz gezahlt wird. Satz 1 gilt nicht für Personen, die im Ausland ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat haben, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

(3) Freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.

(4) Nehmen Personen, die mindestens zehn Jahre nicht in der sozialen Pflegeversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig waren, eine dem äußeren Anschein nach versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung auf, besteht die widerlegbare Vermutung, daß eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nach Absatz 1 Nr. 1 oder eine versicherungspflichtige selbständige Tätigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 oder 4 tatsächlich ausgeübt wird. Dies gilt insbesondere für eine Beschäftigung bei Familienangehörigen.

§ 19

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht auch für Personen mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die

1. nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung haben,
2. Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,
3. ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
4. laufende Leistungen zum Unterhalt und Leistungen der Krankenhilfe nach dem Achten Buch beziehen,
5. krankenversorgungsberechtigt nach dem Bundesentschädigungsgesetz sind,

6. in das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit berufen worden sind,

wenn sie gegen das Risiko Krankheit weder in der gesetzlichen Krankenversicherung noch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind.

§ 20

Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Personen, die nach § 18 Abs. 3 in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, können auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie nachweisen, daß sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht nach § 21 versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. Die befreiten Personen sind verpflichtet, den Versicherungsvertrag aufrechtzuerhalten, solange sie krankenversichert sind. Personen, die bei Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen erhalten, sind zum Abschluß einer entsprechenden anteiligen Versicherung im Sinne des Satzes 1 verpflichtet.

(2) Der Antrag kann nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

§ 20 a

**Versicherungspflicht
für Versicherte der privaten
Krankenversicherungsunternehmen**

(1) Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, sind vorbehaltlich des Absatzes 2 verpflichtet, bei diesem Unternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten. Der Vertrag muß ab dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht für sie selbst und ihre Angehörigen, für die in der sozialen Pflegeversicherung nach § 21 eine Familienversicherung bestünde, Vertragsleistungen vorsehen, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. Dabei tritt an die Stelle der Sachleistungen eine der Höhe nach gleiche Kostenerstattung.

(2) Der Vertrag nach Absatz 1 kann auch bei einem anderen privaten Versicherungsunternehmen abgeschlossen werden. Das Wahlrecht ist innerhalb von sechs Monaten auszuüben. Die Frist beginnt mit dem Eintritt der individuellen Versicherungspflicht. Das Recht zur Kündigung des Vertrages wird durch den Ablauf der Frist nicht berührt.

(3) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, sind zum Abschluß einer entsprechenden anteiligen beihilfekonformen Versicherung im Sinne des Absatzes 1 verpflichtet, sofern sie nicht nach § 18 Abs. 3 versicherungspflichtig sind.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für

1. Heilfürsorgeberechtigte, die nicht in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind,
2. Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und
3. Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten.

(5) Die Absätze 1, 3 und 4 gelten nicht für Personen, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits Pflegeleistungen nach § 35 Abs. 6 des Bundesversorgungsgesetzes, nach § 558 Abs. 2 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung, nach § 34 des Beamtenversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen erhalten, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, sofern sie keine Familienangehörigen haben, für die in der sozialen Pflegeversicherung nach § 21 eine Familienversicherung bestünde.

(6) Das private Krankenversicherungsunternehmen oder ein anderes die Pflegeversicherung betreibendes Versicherungsunternehmen sind verpflichtet,

1. für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einer Pflegestufe dieselben Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung anzulegen und
2. die in der sozialen Pflegeversicherung zurückgelegte Versicherungszeit des Mitglieds und seiner nach § 21 familienversicherten Angehörigen auf die Wartezeit anzurechnen.

§ 20 b

Versicherungspflicht der Abgeordneten

Mitglieder des Bundestages, des Europäischen Parlaments und der Parlamente der Länder (Abgeordnete) sind unbeschadet einer bereits nach §§ 18 Abs. 3 oder 20a Abs. 1 bestehenden Versicherungspflicht verpflichtet, gegenüber dem jeweiligen Parlamentspräsidenten nachzuweisen, daß sie sich gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert haben. Das gleiche gilt für die Bezieher von Versorgungsleistungen nach den jeweiligen Abgeordnetengesetzen des Bundes und der Länder.

§ 21

Familienversicherung

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

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 18 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder nach § 18 Abs. 3 versicherungspflichtig sind,
3. nicht nach § 20 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 20a in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und

5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

§ 7 Abs. 1 Satz 3 und 4 und Absatz 2 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 des Mitglieds nach § 20 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 20a in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert 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.

(4) Die Versicherung nach Absatz 2 Nr. 1, 2 und 3 bleibt bei Personen, die aufgrund gesetzlicher Pflicht mehr als drei Tage Wehrdienst oder Zivildienst leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen.

§ 22

Weiterversicherung

(1) Personen, die aus der Versicherungspflicht nach den §§ 18 oder 19 ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens zwölf Monate versichert waren, können sich auf Antrag in der sozialen Pflegeversicherung weiterversichern, sofern für sie keine Versicherungspflicht nach § 20a 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 Mit-

gliedschaft, 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 den §§ 18 oder 19 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) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, erhalten die jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte; dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen.

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

(4) 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 Beitragsatzes (§ 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. 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 Versicherungszeit auf die Vorversicherungszeit nach Absatz 2 anzurechnen.

§ 30

Ruhe 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 vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 40 ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege.

§ 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. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 86 Abs. 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden.

(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 Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 750 Deutsche Mark,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1 500 Deutsche Mark,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 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 halbjährlich,
- b) bei Pflegestufe II einmal vierteljährlich,
- c) bei Pflegestufe III einmal monatlich

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. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

§ 35

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehin-

dert, 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 Zahlung von 10 vom Hundert, höchstens jedoch 50 Deutsche Mark je Hilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten. Lehnen 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 Absatzes 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 auf der Wertbasis des Jahres 1991 bis zu 2.100 Deutsche Mark monatlich; dieser Betrag wird zum Inkrafttreten der stationären Leistungen am 1. Januar 1996 vom Gesetzgeber den Beitragseinnahmen der Pflegeversicherung entsprechend höher festgelegt. 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 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 im Sinne des § 17 entrichtet die soziale Pflegeversicherung oder das private Versicherungsunternehmen, bei dem eine private Pflegepflichtversicherung abgeschlossen worden ist, Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson

regelmäßig nicht mehr als dreißig Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Näheres regeln die §§ 3, 141, 166 und 170 des Sechsten Buches. Während der pflegerischen Tätigkeit sind die Pflegepersonen nach Maßgabe der §§ 539, 541, 637, 657 und 770 der Reichsversicherungsordnung in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen. Pflegepersonen, die nach der Pflegetätigkeit ins Erwerbsleben zurückkehren wollen, haben einen Anspruch auf Unterhaltsgeld nach Maßgabe des § 46 Arbeitsförderungsgesetz.

(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,
7. die Pflegestufe des Pflegebedürftigen und
8. die unter Berücksichtigung des Umfangs der Pflegetätigkeit nach § 166 des Sechsten Buches maßgeblichen beitragspflichtigen Einnahmen.

Die Spitzenverbände der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. können mit dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und mit den Trägern der Unfallversicherung Näheres über das Meldeverfahren vereinbaren.

(3) Der Inhalt der Meldung nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 bis 6 und 8 ist der Pflegeperson, der Inhalt der Meldung nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 7 dem Pflegebedürftigen schriftlich mitzuteilen.

§ 41

Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

(1) Die Pflegekassen sollen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich 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 Fünften Buches) wird eine Pflegekasse errichtet. Bei der See-Kasse 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.

sen, 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 des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen erstattet. Der Gesamtbetrag der nach Satz 1 zu erstattenden Verwaltungskosten aller Krankenkassen ist nach dem Verhältnis der Leistungsaufwendungen der Pflegekassen auf die Krankenkassen zu verteilen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen das Nähere über die Verteilung; § 213 des Fünften Buches gilt. 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 Fünften Buches trägt. Der Verwaltungsaufwand in der sozialen Pflegeversicherung ist nach Ablauf von einem Jahr 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 6 dies rechtfertigt.

(5) Bei Vereinigung, Auflösung und Schließung einer Krankenkasse gelten die §§ 143 bis 172 des Fünften 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 und sonstige Versicherte

(1) 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.

(2) Für Personen, die nach § 19 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 versichert sind, ist die Pflegekasse zuständig, die bei der Krankenkasse errichtet ist, die mit der Leistungserbringung im Krankheitsfalle beauftragt ist. Ist keine Krankenkasse mit der Leistungserbringung im Krankheitsfall beauftragt, kann der Versicherte die Pflegekasse nach Maßgabe des Absatzes 3 wählen.

(3) Personen, die nach § 19 Abs. 1 Nr. 6 versichert sind, können die Mitgliedschaft wählen bei der Pflegekasse, die bei

1. der Krankenkasse errichtet ist, der sie angehören würden, wenn sie in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wären,
2. der Allgemeinen Ortskrankenkasse ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes errichtet ist,
3. einer Ersatzkasse errichtet ist, wenn sie zu dem Mitgliederkreis gehören, den die gewählte Ersatzkasse aufnehmen darf.

Ab 1. Januar 1996 können sie die Mitgliedschaft bei der Pflegekasse wählen, die bei der Kranken-

kasse errichtet ist, die sie nach § 173 Abs. 2 des Fünften Buches wählen könnten, wenn sie in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wären.

§ 45

Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft bei einer Pflegekasse beginnt mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen des § 18 oder des § 19 vorliegen. Sie endet mit dem Tod des Mitglieds oder mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen des § 18 oder des § 19 entfallen, sofern nicht das Recht zur Weiterversicherung nach § 22 ausgeübt wird.

(2) Für das Fortbestehen der Mitgliedschaft gelten die §§ 189, 192 des Fünften Buches sowie § 25 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend. Für Leistungsempfänger nach dem Arbeitsförderungsgesetz gilt § 155 Abs. 2 des Arbeitsförderungsgesetzes mit der Maßgabe, daß die Leistungen für die Dauer einer Sperrzeit von der ersten Woche der Sperrzeit an als bezogen gelten.

(3) Die Mitgliedschaft Weiterversicherter endet :

1. mit dem Tod des Mitglieds oder
2. mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied den Austritt erklärt, wenn die Satzung nicht einen früheren Zeitpunkt bestimmt.

Die Mitgliedschaft der nach § 22 Abs. 2 Weiterversicherten endet darüber hinaus mit Ablauf des nächsten Zahltages, wenn für 2 Monate die fälligen Beiträge trotz Hinweises auf die Folgen nicht entrichtet wurden.

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, § 161 des Arbeitsförderungsgesetzes oder §§ 27 bis 29 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zur gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben 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.

cherten Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung gilt die Beitrittserklärung zur gesetzlichen Krankenversicherung als Meldung zur sozialen Pflegeversicherung.

(2) Für die nach § 19 versicherungspflichtigen Mitglieder haben eine Meldung an die zuständige Pflegekasse zu erstatten:

1. das Versorgungsamt für Leistungsempfänger nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
2. das Ausgleichsamt für Leistungsempfänger von Kriegsschadenrente oder vergleichbaren Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder von laufender Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz,
3. der Träger der Kriegsopferfürsorge für Empfänger von laufenden Leistungen der ergänzenden Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
4. der Leistungsträger der Jugendhilfe für Empfänger von laufenden Leistungen zum Unterhalt nach dem Achten Buch,
5. der Leistungsträger für Krankenversorgungsberechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz,
6. der Dienstherr für Soldaten auf Zeit.

(3) Personen, die versichert sind oder als Versicherte in Betracht kommen, haben der Pflegekasse, soweit sie nicht nach § 28c 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.

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

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

(6) Für die Meldungen der Pflegekassen an die Rentenversicherungsträger gilt § 201 des Fünften Buches entsprechend.

§ 47

Meldungen bei Mitgliedern der privaten Pflegeversicherung

(1) Das private Versicherungsunternehmen 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 Bundesversicherungsamt zu melden. Das Versicherungsunternehmen hat auch Versicherungsnehmer zu melden, die mit der Entrichtung von sechs Monatsprämien in Verzug geraten sind. Das Bundesversicherungsamt kann mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Näheres über das Meldeverfahren vereinbaren.

(2) Der Dienstherr hat für Heilfürsorgeberechtigte, die weder privat krankenversichert noch Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, eine Meldung an das Bundesversicherungsamt zu erstatten.

(3) Die Meldepflichten bestehen auch für die Fälle, in denen eine bestehende private Pflegeversicherung gekündigt und der Abschluß eines neuen Vertrages bei einem anderen Versicherungsunternehmen nicht nachgewiesen wird.

§ 48

(entfallen)

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
(entfallen)

Allgemeines
(entfallen)

§ 51

Grundsatz

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

(2) Die Beiträge werden nach einem Vombundersatz (Beitragsatz) 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.

(3) Die Vorschriften des Zwölften Kapitels des Fünften Buches gelten entsprechend.

§ 52

Beitragsatz, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Der Beitragsatz 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. Für Personen, bei denen § 24 Abs. 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragsatz die Hälfte des Beitragsatzes nach Satz 1.

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

§ 53

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 Beziehers von Altersgeld oder vorzeitigem Altersgeld, wenn die Ehe vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen geschlossen wurde,
4. den hinterbliebenen Ehegatten eines Beziehers 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 auf Antrag Mitglieder, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pfl-

ge befinden und bereits Leistungen nach § 35 Abs. 6 des Bundesversorgungsgesetzes, nach § 558 Abs. 2 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung, 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.

§ 54

Beitragspflichtige Einnahmen

(1) Bei Mitgliedern der Pflegeklasse, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Beitragsbemessung die §§ 226 bis 238 des Fünften Buches sowie § 157 Abs. 3 und § 163 Abs. 1 und 3 des Arbeitsförderungs-gesetzes.

(2) Bei Beziehern von Krankengeld gelten als beitragspflichtige Einnahmen bis zum 31.12.1994 das Arbeitsentgelt, ab 1. Januar 1995 80 vom Hundert des Arbeitsentgelts, das der Bemessung des Krankengeldes zugrundeliegt. Dies gilt auch für den Krankengeldbezug eines rentenversicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen eines landwirtschaftlichen Unternehmers. Beim Krankengeldbezug eines nicht rentenversicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen ist der Zahlbetrag der Leistung der Beitragsbemessung zugrunde zu legen.

(3) 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 Beitragsatzes nach § 52 Abs. 1 zu dem nach § 247 des Fünften Buches festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragsatz 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. Für die Beitragsbemessung der Elternteiler gilt § 45 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.

(4) Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung und bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, ist für die Beitragsbemessung § 240 des Fünften Buches entsprechend anzuwenden. Für die Beitragsbemessung der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Rentenantragsteller und freiwillig versicherten Rentner finden darüber hinaus

die §§ 238a und 239 des Fünften Buches entsprechende Anwendung. Abweichend von Satz 1 sind bei der Beitragsbemessung der nach § 19 Nr. 6 versicherten Soldaten auf Zeit die §§ 226 bis 231 des Fünften Buches, bei Mitgliedern nach § 18 Abs. 1 Nr. 10, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, § 236 des Fünften Buches entsprechend anzuwenden; als beitragspflichtige Einnahmen der satzungsmäßigen Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlicher Personen, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, sind der Wert für gewährte Sachbezüge oder das ihnen zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung und dergleichen gezahlte Entgelt zugrunde zu legen.

(5) Der Beitragsberechnung von Personen, die nach § 22 Abs. 2 weiterversichert sind, werden für den Kalendertag der 180. Teil der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zugrunde gelegt.

Zweiter Teil

Beitragspflichtige Einnahmen der Mitglieder

(entfallen)

§ 55

Beitragstragung

(1) Bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Tragung der Beiträge die §§ 249, 249 a, 250 Abs. 1 und § 251 des Fünften Buches, § 48 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 157 Abs. 1 und § 163 Abs. 2 des Arbeitsförderungsgesetzes entsprechend. Bei Beziehern einer laufenden Geldleistung nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte und dem Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit werden die Beiträge von den Beziehern der Leistung und der Alterskasse je zur Hälfte getragen.

(2) Die Beiträge für Bezieher von Krankengeld werden von den Leistungsbeziehern und den Krankenkassen je zur Hälfte getragen, soweit sie auf das Krankengeld entfallen und dieses nicht in Höhe der Leistungen der Bundesanstalt für Arbeit zu zahlen ist, im übrigen von den Krankenkassen; die Beiträge werden auch dann von den Krankenkassen getragen, wenn das dem Krankengeld zugrunde liegende monatliche Arbeitsentgelt ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nicht übersteigt; solange ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße den Betrag von 610,- DM unterschreitet, ist dieser Betrag maßgebend.

(3) Die Beiträge für die nach § 19 Nr. 1 bis 5 versicherten Leistungsempfänger werden vom jeweiligen Leistungsträger getragen. Beiträge aufgrund des Leistungsbezugs im Rahmen der Kriegsopferfürsorge gelten als Aufwendungen für die Kriegsopferfürsorge.

(4) Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, sowie Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach § 45 Abs. 2 Satz 1 erhalten bleibt oder die nach § 22 weiterversichert sind, und die nach § 19 Nr. 6 versicherten Soldaten auf Zeit tragen den Beitrag allein. Abweichend von Satz 1 werden für satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen die Beiträge auch bei einer Weiterversicherung nach § 22 von der Gemeinschaft allein getragen.

§ 56

Beitragszahlung

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Die §§ 253 bis 256 des Fünften Buches und § 50 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gelten entsprechend. Die aus einer laufenden Geldleistung nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte und dem Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit

zu entrichtenden Beiträge werden von der Alterskasse gezahlt; § 28 g Satz 1 des Vierten Buches gilt entsprechend.

(2) Für Bezieher von Krankengeld zahlen die Krankenkassen die Beiträge; für den Beitragsabzug gilt § 28 g Satz 1 des Vierten Buches entsprechend. Die zur Tragung der Beiträge für die in § 19 Nr. 1 bis 5 genannten Mitglieder Verpflichteten können einen Dritten mit der Zahlung der Beiträge beauftragen und mit den Pflegekassen Näheres über die Zahlung und Abrechnung der Beiträge vereinbaren.

(3) Die Beiträge sind an die Krankenkasse, bei der die zuständige Pflegekasse errichtet ist, zugunsten der Pflegeversicherung zu zahlen. Die nach Satz 1 eingegangenen Beiträge zur Pflegeversicherung sind von der Krankenkasse unverzüglich an die Pflegekasse weiterzuleiten. Die Pflegekassen sind zur Prüfung der ordnungsgemäßen Beitragszahlung berechtigt. § 24 Abs. 1 des Vierten Buches gilt.

Zweiter Abschnitt Beitragszuschüsse

§ 57

Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Privatversicherte

(1) Beschäftigte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuß die Hälfte des Beitrags, der aus dem Arbeitsentgelt zur sozialen Pflegeversicherung zu zahlen ist. Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilmäßig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.

(2) Beschäftigte, die nach § 20a bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten in der sozialen Pflegeversicherung nach § 21 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen dieses Buches gleichwertig sind, 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 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 je-

weiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.

(3) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei und als landwirtschaftliche Unternehmer nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuß die Hälfte des Zuschlages nach § 54 Abs. 3.

(4) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuß nach den Absätzen 1 oder 2 hatten, sowie für Bezieher von Leistungen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes und Bezieher einer Übergangsversorgung nach § 7 des Tarifvertrages über einen sozialverträglichen Personalabbau im Bereich des Bundesministers der Verteidigung vom 30. November 1991 bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuß beträgt die Hälfte des Beitrags, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld als versicherungspflichtig Beschäftigter zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den er zu zahlen hat. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(5) Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung, für die nach § 20a Versicherungspflicht in der privaten 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.

(6) Soldaten auf Zeit erhalten von ihrem Dienstherrn einen Zuschuß zu ihrem Pflegeversicherungsbeitrag. Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend.

(7) Der Zuschuß nach den Absätzen 2, 4, 5 und 6 wird für eine private Pflegeversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen:

1. die 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 Pflegeversicherung nur zusammen mit der Krankenversicherung, nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt.

(8) 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 7 genannten Voraussetzungen betreibt. Der Versicherungsnehmer hat diese Bescheinigung dem zur Zahlung des Beitragszuschusses Verpflichteten vorzulegen.

(9) 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 2 die Beihilfe oder Heilfürsorge des Dienstherrn zu Aufwendungen aus Anlaß der Pflege. Hinsichtlich der Beitragszuschüsse für Abgeordnete, ehemalige Abgeordnete und deren Hinterbliebene wird auf die Bestimmungen in den jeweiligen Abgeordnetengesetzen verwiesen.

§§ 58 bis 64
(entfallen)

Dritter Titel
Beitragstragung
(entfallen)

§§ 62 bis 64
(entfallen)

Vierter Titel
Beitragszahlung
(entfallen)

§§ 65 bis 67
(entfallen)

Zweiter Abschnitt
Beitragszuschüsse für Privatversicherte
(hier entfallen, siehe vor § 57)

§ 68
(entfallen)

Dritter Abschnitt

Finanzierungsbeitrag der Länder

§ 69

Finanzierungsbeitrag der Länder

Die Länder wirken darauf hin, daß ein Teil der Einsparungen, die den Sozialhilfeträgern durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen, zur Finanzierung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen eingesetzt wird, indem sie einen Finanzierungsbeitrag zu Händen des Bundesversicherungsamtes leisten; das Bundesversicherungsamt erstattet daraus die Aufwendungen für die Investitionszuschläge. Die Einzelheiten zum Umfang des Finanzierungsbeitrags und zur Bemessung der Anteile der Länder werden in einem Staatsvertrag geregelt, der rechtzeitig vor dem Inkrafttreten der Leistungen zur stationären Pflege zwischen Bund und Ländern abgeschlossen wird.

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

(entfallen)

Fünfter Abschnitt

Ausgleichsfonds, Finanzausgleich

§ 74

Ausgleichsfonds

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

1. dem Finanzierungsbeitrag der Länder (§ 69),
2. den Beiträgen aus den Rentenzahlungen,
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 hat Näheres zur Durchführung des Finanzausgleichs mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen zu vereinbaren. Die Vereinbarung ist für die Pflegekasse verbindlich.

(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. des Monats

1. die bis zum Ende des Vormonats gebuchten Ausgaben,
2. die bis zum Ende des Vormonats gebuchten Einnahmen (Beitragsist),
3. das Betriebsmittel- und Rücklagesoll,
4. den am Ersten des laufenden Monats vorhandenen Betriebsmittelbestand (Betriebsmittel-ist) und die Höhe der Rücklage.

(2) Sind die Ausgaben zuzüglich des Betriebsmittel- und Rücklagesolls höher als die Einnahmen zuzüglich des vorhandenen Betriebsmittelbestands und der Rücklage am Ersten des laufenden Monats, erhält die Pflegekasse bis zum Monatsende den Unterschiedsbetrag aus dem Ausgleichsfonds. Sind die Einnahmen zuzüglich des am Ersten des laufenden Monats vorhandenen Betriebsmittelbestands und der Rücklage höher als die Ausgaben zuzüglich des Betriebsmittel- und Rücklagesolls, überweist die Pflegekasse den Unterschiedsbetrag an den Ausgleichsfonds.

(3) Die Pflegekasse hat dem Bundesversicherungsamt die notwendigen Berechnungsgrundlagen mitzuteilen.

§ 77

Jahresausgleich

(1) Nach Ablauf des Kalenderjahres wird zwischen den Pflegekassen ein Jahresausgleich durchgeführt. Nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller Pflegekassen und der Jahresrechnung der Bundesknappschaft als Träger der knappschaftlichen Pflegeversicherung für das abgelaufene Kalenderjahr werden die Ergebnisse nach § 76 bereinigt.

(2) 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.

(3) 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

Beitragsatzstabilität

(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 Beitragsatzstabilität).

(2) Vereinbarungen über die Höhe der Vergütungen, die dem Grundsatz der Beitragsatzstabilität 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 Pflegefachkraft 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 Pflegefachkraft 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 oder einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger 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 notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Pflegeeinrichtungen sollen die Versorgungsverträge vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abgeschlossen werden. 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 (§ 81 Abs. 2 Satz 1) bis zum 30. Juni 1994 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen. Der Versorgungsvertrag bleibt wirksam, 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 (§ 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 Betriebslaubnis entzogen oder der Betrieb des Heims unteragt 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 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung 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. Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger, bei Rahmenverträgen über stationäre Pflege die überörtlichen Sozialhilfeträger und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger als Vertragspartei am Vertragsschluß zu beteiligen. 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 1. Januar 1994 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 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen 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 Krankenversicherung e. V. 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 Pflegeeinrichtungen und Pflegeheimen 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 wirtschaftlichen Versorgung können die Pflegekassen Verträge mit geeigneten einzelnen Pflegekräften schließen. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Vergütung 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; vor Bestellung der Sachverständigen ist der

Träger der Pflegeeinrichtung zu hören. 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 Träger der Pflegeeinrichtungen 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, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände 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 dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, den Verbänden der Pflegeberufe und den Verbänden der Behinderten eng zusammen. Die Vereinbarungen 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 Nr. 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 und einer Vereinigung, der der Träger angehört, 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) Hat der Medizinische Dienst Erkenntnisse über Mängel aus Stichproben nach Absatz 2 Satz 2 gewonnen, ist er zur Übermittlung personenbezogener Daten an die Landesverbände der Pflegekassen befugt, soweit dies jeweils für die Anhörung und Erteilung eines Bescheides nach Absatz 3 Satz 2 erforderlich ist. Die Landesverbände der Pflegekassen sind befugt, die Daten nach Satz 1 der Pflegeeinrichtung zu übermitteln, soweit dies für die Anhörung oder eine Stellungnahme der Pflegeeinrichtung zu dem Bescheid nach Absatz 3 Satz 2 erforderlich ist.

(5) 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. Bei Entscheidungen, die von den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger oder den überörtlichen Sozialhilfeträgern gemeinsam zu treffen sind, werden die Arbeitsgemeinschaften oder die überörtlichen Träger mit zwei Vertretern an der Beschlussfassung nach Satz 1 in Verbindung mit § 213 Abs. 2 des Fünften Buches beteiligt.

(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 abgegolte-

nen 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 Beitragsstabilität 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 den jeweiligen Kostenträger 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 der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. 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 Krankenversicherung e. V., 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 von 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. § 93 Abs. 3 und 4 und die §§ 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 den jeweiligen Kostenträger 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 Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexeleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden. § 93 Abs. 4 Satz 2, § 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 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 Pflegezeitraum. 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. Pflegeklassen 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 einschließlich eines Vertreters des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in gleicher Zahl sowie einem Vertreter der zuständigen Landesbehörde. Dem Ausschuß gehören auch je ein Vertreter der Träger der überörtlichen Sozialhilfe, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. und der Kommunalen Spitzenverbände 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.

Vierter Titel

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 der § 35 des Ersten Buches, die §§ 67 bis 85 des Zehnten Buches sowie die Vorschriften dieses Buches.

§ 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 57),
3. die Prüfung der Leistungspflicht und ^{der} 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 Spitzenverbände der Pflegekassen und der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich festlegen, daß die nach § 42 Abs. 1 verbundenen Pflegekassen und Krankenkassen

1. die Daten zur Feststellung der Versicherungspflicht und der Familienversicherung, zur Bemessung und Einziehung der Beiträge sowie zur Feststellung des Leistungsanspruchs gemeinsam verarbeiten, soweit sie für ihre jeweiligen Aufgaben dieselben Daten benötigen,
2. Angaben über Leistungsvoraussetzungen nach § 111 dieses Buches oder § 292 Abs. 1 des Fünften Buches gemeinsam verarbeiten, soweit dies zur Vermeidung von Doppelleistungen erforderlich ist.

und nutzen

Dabei sind die Daten, die gemeinsam verarbeitet werden sollen, abschließend unter Beteiligung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung festzulegen.

(2) 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.

(3) § 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.

(4) Die Absätze 1 bis 3 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 nach den §§ 16, 36 und 89 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. 3 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 Einscheidung 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. Hierru 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,

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.

Vom 1. Januar 1995 an sind maschinenlesbare Abrechnungsunterlagen zu verwenden.

(2) Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie Einzelheiten des Datenträgeraustausches werden von den Spitzenverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den Verbänden 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

(1) Für das Löschen der für Aufgaben der Pflegekassen und ihrer Verbände 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.

Vierter Abschnitt

Statistik

§ 118

Pflegestatistiken

(1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, für Zwecke dieses Buches durch Rechtsverordnung

mit Zustimmung des Bundesrates jährliche Erhebungen über ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege als Bundesstatistik anzuordnen. Die Bundesstatistik kann folgende Sachverhalte umfassen:

1. Art der Pflegeeinrichtung und der Trägerschaft,
2. Art des Leistungsträgers und des privaten Versicherungsunternehmens,
3. in der ambulanten und stationären Pflege tätige Personen nach Geschlecht, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich, Dienststellung, Berufsabschluß aufgrund einer Ausbildung, Weiterbildung oder Umschulung, Beginn und Ende der Pflegetätigkeit,
4. sachliche Ausstattung und organisatorische Einheiten der Pflegeeinrichtung, Ausbildungsstätten an Pflegeeinrichtungen,
5. betreute Pflegebedürftige nach Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort, Art, Ursache, Grad und Dauer der Pflegebedürftigkeit, Art des Versicherungsverhältnisses,
6. in Anspruch genommene Pflegeleistungen nach Art, Dauer und Häufigkeit sowie nach Art des Kostenträgers,
7. Kosten der Pflegeeinrichtungen nach Kostenarten sowie Erlöse nach Art, Höhe und Kostenträgern.

Auskunftspflichtig sind die Träger der Pflegeeinrichtungen, die Träger der Pflegeversicherung sowie die privaten Versicherungsunternehmen gegenüber den statistischen Ämtern der Länder; die Rechtsverordnung kann Ausnahmen von der Auskunftspflicht vorsehen.

(2) Die Bundesregierung wird ermächtigt, für Zwecke dieses Buches durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates jährliche Erhebungen über die Situation Pflegebedürftiger und ehrenamtlich Pflegenden als Bundesstatistik anzuordnen. Die Bundesstatistik kann folgende Sachverhalte umfassen:

1. Ursachen von Pflegebedürftigkeit,
2. Pflege- und Betreuungsbedarf der Pflegebedürftigen,
3. Pflege- und Betreuungsleistungen durch Pflegefachkräfte, Angehörige und ehrenamtliche Helfer,
4. Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation,
5. Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der Pflegequalität,
6. Bedarf an Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen,
7. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes.

Auskunftspflichtig ist der Medizinische Dienst gegenüber den statistischen Ämtern der Länder; Absatz 1 Satz 3 2. Halbsatz gilt entsprechend.

(3) Daten der Pflegebedürftigen, der in der Pflege tätigen Personen, der Angehörigen und ehrenamtlichen Helfer dürfen für Zwecke der Bundesstatistik nur in anonymisierter Form an die statistischen Ämter der Länder übermittelt werden.

(4) Die Statistiken nach Absatz 1 und 2 sind für die Bereiche der ambulanten Pflege und der Kurzzeitpflege erstmals im Jahr 1996 für das Jahr 1995 vorzulegen, für den Bereich der stationären Pflege im Jahr 1997 für das Jahr 1996.

ZEHNTES KAPITEL

Private Pflegeversicherung

§ 119

Regelungen für die private Pflegeversicherung

(1) Um sicherzustellen, daß die Belange der Personen, die nach § 20a zum Abschluß eines Pflegeversicherungsvertrages bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet sind, 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 und § 20a Abs. 1, 3 und 4 genannten versicherungspflichtigen Personen einen Versicherungsvertrag abzuschließen, der einen Versicherungsschutz in dem in § 20a Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsieht (Kontrahierungszwang); dies gilt auch für das nach § 20a Abs. 2 gewählte Versicherungsunternehmen,
2. in den Verträgen, die Versicherungspflichtige in dem nach § 20a Abs. 1 und 3 vorgeschriebenen Umfang abschließen,
 - a) keinen Ausschluß von Vorerkrankungen der Versicherten,
 - 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 Versicherten,
 - e) keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt, bei Personen, die nach § 20a Abs. 3 einen Teilkostentarif abgeschlossen haben, keine Prä-

mienhöhe, die 50 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung übersteigt,

f) die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 21 festgelegt,

g) für Ehegatten ab dem Zeitpunkt des Nachweises der zur Inanspruchnahme der Beitragsermäßigung berechtigenden Umstände keine Prämie in Höhe von mehr als 150 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung, wenn ein Ehegatte kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet,

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 oder sich nach Artikel 28a innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen.

(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 und § 20a Abs. 1, 3 und 4 geschlossen werden und Vertragsleistungen in dem in § 20a Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsehen, folgende Bedingungen:

1. Kontrahierungszwang,
2. kein Ausschluß von Vorerkrankungen der Versicherten,
3. keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht,
4. keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung,
5. für Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflegeversicherung oder privaten Krankenversicherung verfügen, keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt; Absatz 1 Nr. 2e gilt,
6. beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 21 festgelegt.

(4) Rücktritts- und Kündigungsrechte der Versicherungsunternehmen sind ausgeschlossen, solange der Kontrahierungszwang besteht.

§ 120

Risikoausgleich

(1) Die Versicherungsunternehmen, die eine private Pflegeversicherung im Sinne dieses Buches betreiben, müssen sich zur dauerhaften Gewährleistung der Regelungen für die private Pflegeversicherung nach § 119 am Ausgleich der Versicherungsrisiken beteiligen und dazu ein Ausgleichssystem schaffen und erhalten, dem sie angehören. Das Ausgleichssystem muß einen dauerhaften, wirksamen Ausgleich der unterschiedlichen Belastungen gewährleisten; es darf den Marktzugang neuer Anbieter der privaten Pflegeversicherung nicht erschweren und muß diesen eine Beteiligung an dem Ausgleichssystem zu gleichen Bedingungen ermöglichen. In diesem System werden die Beiträge ohne die Kosten auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle Unternehmen, die eine private Pflegeversicherungsbetreiben, ermittelt.

(2) Die Errichtung, die Ausgestaltung, die Änderung und die Durchführung des Ausgleichs unterliegt der Aufsicht des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen.

ELFTES KAPITEL

Bußgeldvorschrift

§ 121

Bußgeldvorschrift

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder leichtfertig

1. der Verpflichtung zum Abschluß oder zur Aufrechterhaltung des privaten Pflege-Versicherungsvertrages nach § 20a Abs. 1 Satz 1 und 2 oder § 20a Abs. 4 oder der Verpflichtung zur Aufrechterhaltung des privaten Pflege-Versicherungsvertrages nach § 20 Abs. 1 Satz 2 nicht nachkommt,
2. entgegen § 46 Abs. 1 Satz 1, § 47 Abs. 1 Satz 1 und 2, § 47 Abs. 3 oder entgegen Artikel 29 Abs. 4 Satz 1 oder 2 des Pflege-Versicherungsgesetzes eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erstattet,
3. entgegen § 46 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 eine Auskunft nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt oder entgegen § 46 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 eine Änderung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig mitteilt,
4. entgegen § 46 Abs. 3 Satz 2 die erforderlichen Unterlagen nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt,
5. entgegen Artikel 29 Abs. 1 Satz 3 des Pflege-Versicherungsgesetzes den Leistungsumfang seines privaten Versicherungsvertrages nicht oder nicht rechtzeitig anpaßt,
6. mit der Entrichtung von sechs Monatsprämien zur privaten Pflegeversicherung in Verzug gerät.

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

(3) Für die von privaten Versicherungsunternehmen begangenen Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 Nr. 2 ist das Bundesversicherungsamt, für die Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 Nr. 1 und 6 ist die Pflegekasse des Wohnortes des Versicherungspflichtigen die Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten.

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 4 a 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 werden nach dem Wort „Landwirte“ die Wörter „sowie die soziale Pflegeversicherung“ eingefügt.
- 1a. § 18a Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Nicht als Erwerbseinkommen im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gilt das Arbeitsentgelt, das eine Pflegeperson von dem Pflegebedürftigen erhält, wenn das Entgelt das dem Umfang der

Pflegertätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 33 des Elften Buches nicht übersteigt.“

- 1b. In § 18b Abs. 5 Satz 2 wird die Angabe „§ 18a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 bis 3“ durch die Angabe „§ 18a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 bis 4“ ersetzt.
2. In § 19 Satz 1 werden nach dem Wort „Rentenversicherung“ die Wörter „sowie in der sozialen Pflegeversicherung“ eingefügt.
3. In § 23 Abs. 1 Satz 1 wird das Wort „Krankenkasse“ durch die Wörter „Kranken- und Pflegekasse“ ersetzt.
4. In § 28a Abs. 1 werden nach dem Wortbestandteil „Kranken-“ ein Komma sowie der Wortbestandteil „Pflege-“ eingefügt.
5. In § 28d wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Satz 1 gilt auch für den Beitrag zur Pflegeversicherung für einen in der Krankenversicherung kraft Gesetzes versicherten Beschäftigten.“

6. § 28f wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 Satz 1 werden 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 werden nach dem Wortbestandteil „Kranken-“ ein Komma sowie der Wortbestandteil „Pflege-“ eingefügt.
8. (entfallen)

9. In § 28 k Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Träger“ die Wörter „der Pflegeversicherung“ eingefügt.
10. In § 28 n Nr. 3 werden nach dem Wort „Träger“ die Wörter „der Pflegeversicherung“ eingefügt.
11. In § 28 r 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.
- 12a. In § 71 Abs. 1 Satz 1 werden das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach den Wörtern „knappschäftlicher Rentenversicherung“ die Wörter „und knappschäftlicher Pflegeversicherung“ eingefügt.

13. In § 77 Abs. 2 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „knapp-schaftliche 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. § 11 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden in Nummer 4 das Komma durch einen Punkt ersetzt und die Nummer 5 gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Zu den Leistungen nach Absatz 1 gehören auch medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Zu den Leistungen nach Absatz 1 gehören nicht Leistungen der aktivierenden Pflege.“

2. (entfallen)

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. (entfallen)

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:

„(3 a) Ergeben die Prüfungen nach Absatz 2 und nach § 275 Abs. 1 Nr. 3 b, Abs. 1 a und Abs. 1 b, daß ein Arzt Arbeitsunfähigkeit festgestellt 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 grob fahrlässig oder vorsätzlich festgestellt worden ist, obwohl die Voraussetzungen dafür nicht vorgelegen hatten.“

- 9a. § 107 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe b wird wie folgt gefaßt:

„b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen.“

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. (entfallen)

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) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze eingefügt:

„(1 a) Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe b sind insbesondere in Fällen anzunehmen, 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 festgestellt worden ist, der durch die Häufigkeit der von ihm ausgestellten Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit auffällig geworden ist.

Die Prüfung hat unverzüglich nach Vorlage der ärztlichen Feststellung über die Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. Der Arbeitgeber

ber kann verlangen, daß die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit einholt. Die Krankenkasse kann von einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben.

(1b) Der Medizinische Dienst überprüft bei Vertragsärzten, die nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 geprüft werden, stichprobenartig und zeitnah Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit. Die in § 106 Abs. 2 Satz 3 genannten Vertragspartner vereinbaren das Nähere."

- c) Absatz 2 Nr. 2 erhält folgende Fassung:
„(entfällt),“.

14. In § 276 werden nach Absatz 4 folgende Absätze angefügt:

„(5) Wenn sich im Rahmen der Überprüfung der Feststellungen von Arbeitsunfähigkeit (§ 275 Abs. 1 Nr. 3 b, Abs. 1 a und Abs. 1 b) 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 Leistung versagt werden.

(6) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes im Rahmen der Gesetzlichen Pflegeversicherung ergeben sich zusätzlich zu den Bestimmungen dieses Buches aus den Vorschriften des Elften Buches."

15. In § 281 Abs. 1 wird nach Satz 3 folgender Satz angefügt:

„Die Pflegekassen tragen abweichend von Satz 3 die Hälfte der Umlage nach Satz 1."

16. § 282 wird folgender Satz angefügt:

„Die Richtlinien nach Satz 3 und die Empfehlungen nach Satz 4 bedürfen, soweit sie Angelegenheiten der sozialen Pflegeversicherung betreffen, der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung."

Artikel 5

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch (Artikel I des Gesetzes vom 18. Dezember 1989, BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337), zuletzt geändert durch, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

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

„§ 106 a Zuschuß zur Pflegeversicherung".

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

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

„§ 249 b Berücksichtigungszeiten wegen Pflege".

- d) Nach „§ 279 d Beitragszahlung im Beitragsgebiet" wird eingefügt:

„§ 279 e 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 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen (nicht erwerbsmäßig 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 regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich 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 wie folgt gefaßt:

„c) deren Ehegatte, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft leben, pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat“.

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 in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert oder nach den Vorschriften des Elften Buches Sozialgesetzbuch verpflichtet sind, bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen einen Versicherungsvertrag zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit abzuschließen und aufrechtzuerhalten, erhalten zu ihrer Rente einen Zuschuß zu den Aufwendungen für die Pflegeversicherung.

(2) Der monatliche Zuschuß wird in Höhe des Beitrags geleistet, den der Träger der Rentenversicherung als Pflegeversicherungsbetrag

trag für Rentenbezieher zu tragen hat, die in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sind. Beziehen Rentner mehrere Renten, wird ein begrenzter Zuschuß von den Rentenversicherungsträgern anteilig nach dem Verhältnis der Höhen der Renten geleistet. Er kann auch in einer Summe zu einer dieser Renten geleistet werden."

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 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. § 166 wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Text wird Absatz 1.
- b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege eines

1. Schwerstpflegebedürftigen (§ 13 Abs. 1 Nr. 3 Elftes Buch)

- a) 80 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 28 Stunden in der Woche gepflegt wird,
- b) 60 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
- c) 40 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,

2. Schwerpflegebedürftigen (§ 13 Abs. 1 Nr. 2 Elftes Buch)

- a) 53,3333 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
- b) 35,5556 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,

3. erheblich Pflegebedürftigen (§ 13 Abs. 1 Nr. 1 Elftes Buch)

26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße.

Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, sind beitragspflichtige Einnahmen bei jeder Pflegeperson der Teil des Höchstwertes der jeweiligen Pflegestufe, 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."

- 11a. Nach § 176 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 176a

Beitragszahlung und Abrechnung bei Pflegepersonen

Das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen können die Spitzenverbände der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe und der Verband deutscher Rentenversicherungsträger durch Vereinbarung regeln."

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."

- 13a. § 223 Abs. 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für die von der Rentenversicherung zu tragenden Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung sowie für die Zuschüsse zur Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung."

14. In § 231 Satz 2 werden die Wörter „Beschäftigung oder Tätigkeit" durch die Wörter „Be-

schäftigung oder selbständigen Tätigkeit und bei Wehrdienstleistungen" ersetzt.

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. März 1994, 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.

Die Zeit der Pflegetätigkeit wird von der Aufnahme der Pflegetätigkeit an als Berücksichtigungszeit angerechnet, wenn der Antrag bis zum Ablauf von drei Kalendermonaten nach Aufnahme der Pflegetätigkeit 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:

„4 a. Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege".

17. Nach § 279d 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. März 1994 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. März 1994 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. März 1994 ausgeübte Pflegetätigkeit 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 Pflegetätigkeit 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."

(4) Wird der Antrag nach dem 31. März 1994 und nach Ablauf von drei Kalendermonaten nach Aufnahme der Pflegetätigkeit gestellt, sind die Absätze 1 und 2 nicht mehr anzuwenden."

18. In § 281b werden die Wörter „in der Rechtsverordnung über die Bestimmung des Durchschnittsentgelts zusätzlich" durch die Wörter „durch Rechtsverordnung" ersetzt.

19. § 289 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für die von der Rentenversicherung zu tragenden Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung sowie für die Zuschüsse zur Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung."

DRITTER TEIL

Änderung weiterer Gesetze

Artikel 5 a

Änderung des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung

In Artikel 23 Abs. 1 Satz 1 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) werden nach dem Wort „höchstens" die Wörter „um die Verwaltungskostenpauschale der Pflegekasse (§ 42 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) je Mitglied und" eingefügt.

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. In § 541 Abs. 1 Nr. 5 werden nach den Wörtern „unbeschadet des" die Angabe „§ 539 Abs. 1 Nr. 19" und das Wort „sowie" eingefügt.

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:

5. § 770 Satz 5 wird wie folgt gefaßt:

„In den Fällen des § 657 Abs. 1 Nr. 7 bis 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. (entfallen)

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

3. § 56 Abs. 3 Nr. 2 wird wie folgt gefaßt:
„2. Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie zur sozialen Pflegeversicherung.“
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 sowie“ durch die Wörter „gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung sowie zur sozialen Pflegeversicherung und“ 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. (entfallen)
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 § 25e Abs. 3 wird die Angabe „§ 26c Abs. 8“ durch die Angabe „§ 26c Abs. 11“ ersetzt.

7. In § 25f Abs. 2 Nr. 2 wird die Angabe „§ 26c Abs. 6 Satz 2“ durch die Angabe „§ 26 c Abs. 8 Satz 3“ ersetzt.

8. § 26c wird wie folgt gefaßt:

„§ 26 c

(1) Beschädigten und Hinterbliebenen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen 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 der Hilfe bedürfen, ist Hilfe zur Pflege zu gewähren. Die Absätze 5 und 7 sind auch auf Kranke und Behinderte anzuwenden, die voraussichtlich weniger als sechs Monate der Hilfe bedürfen, einen geringeren Hilfebedarf als nach Satz 1 haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als nach Absatz 4 bedürfen. § 35 bleibt unberührt.

(2) Krankheiten oder Behinderungen 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. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen,
4. andere Krankheiten oder Behinderungen, infolge derer Personen pflegebedürftig im Sinne von Absatz 1 sind.

(3) Der Hilfebedarf im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, 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 wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder 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 Aus-

kleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und das 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.

(6) Die Verordnung nach § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Richtlinien der Pflegekassen nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und die Verordnung nach § 26 des Elften Buches Sozialgesetzbuch finden zur Bestimmung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit und zur Abgrenzung, Höhe und Anpassung

der Pflegegelder nach Absatz 8 entsprechende Anwendung. Die Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch ist auch der Entscheidung im Rahmen der Hilfe zur Pflege zugrunde zu legen, soweit sie auf Tatsachen beruht, die bei beiden Entscheidungen zu berücksichtigen sind.

(7) Reicht im Falle des Absatzes 1 häusliche Pflege aus, soll der Träger der Kriegsopferfürsorge darauf hinwirken, daß die Pflege einschließlich der hauswirtschaftlichen Versorgung durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahestehen, oder im Wege der Nachbarschaftshilfe übernommen werden. Das Nähere regeln die Absätze 8 bis 12.

(8) Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens drei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (erheblich Pflegebedürftige), erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 400 Deutsche Mark monatlich. Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für mehrere Verrichtungen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Schwerpflegebedürftige), erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 800 Deutsche

Mark monatlich. Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für mehrere Verrichtungen täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Schwerstpflegebedürftige), erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 1.200 Deutsche Mark monatlich. Bei pflegebedürftigen Kindern ist der infolge Krankheit oder Behinderung gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind zusätzliche Pflegebedarf maßgebend.

(9) Pflegebedürftigen im Sinne des Absatzes 1 sind die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson zu erstatten; auch können angemessene Beihilfen gewährt sowie Beiträge der Pflegeperson für eine angemessene Alterssicherung übernommen werden, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist. Ist neben oder anstelle der Pflege nach Absatz 7 Satz 1 die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich oder eine Beratung oder zeitweilige Entlastung der Pflegeperson geboten, so sind die angemessenen Kosten zu übernehmen. Pflegebedürftigen, die Pflegegeld erhalten, sind zusätzlich die Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson oder einer besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung zu erstatten, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist.

(10) Leistungen nach Absatz 8 und Absatz 9 Satz 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. Die Leistungen nach Absatz 9 werden neben den Leistungen nach Absatz 8 gewährt. Werden Leistungen nach Absatz 9 Satz 1 und 2 oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften gewährt, kann das Pflegegeld um bis zu zwei Drittel gekürzt werden. Bei teilstationärer Betreuung des Pflegebedürftigen kann das Pflegegeld angemessen gekürzt werden. Leistungen nach Absatz 9 Satz 1 und 2 werden insoweit nicht gewährt, als der Pflegebedürftige in der Lage ist, entsprechende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften in Anspruch zu

nehmen. § 2 des Bundessozialhilfegesetzes bleibt unberührt.

(11) Bei der Festsetzung der Einkommensgrenze ist

- a) bei Pflege in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung, wenn sie voraussichtlich auf längere Zeit erforderlich ist, sowie bei häuslicher Pflege, wenn der in Absatz 8 Satz 1 oder 2 genannte Schweregrad der Hilflosigkeit besteht, § 27d Abs. 5 Satz 1 Buchstabe a und Satz 2,
- b) bei dem Pflegegeld nach Absatz 8 Satz 3 § 27d Abs. 5 Satz 1 Buchstabe b sowie § 27d Abs. 5 Satz 2 und 3

entsprechend anzuwenden.

(12) Bei der Hilfe zur Pflege für ein Kind, das sein 21. Lebensjahr vollendet hat, soll davon abgesehen werden, Einkommen und Vermögen des Beschädigten einzusetzen."

9. In § 26d Abs. 3 wird die Angabe „§ 26c Abs. 4“ durch die Angabe „§ 26 Abs. 7 Satz 1 und Abs. 9 Satz 1 und 2“ ersetzt.
10. In § 27d Abs. 7 wird die Angabe „§ 26c Abs. 9“ durch die Angabe „§ 26c Abs. 12“ ersetzt.
11. In § 27 h Abs. 2 wird die Angabe „§ 26 c Abs. 8“ durch die Angabe „§ 26 c Abs. 11“ ersetzt.
12. Nach § 27 i wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 27 j

Pflegebedürftige, die bis zum 31. März 1994 nach § 26 c Abs. 5 in der bis zum 31. März 1994 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 ungeachtet des § 26 c den Leistungsbezug nicht ausschließen; dabei bleibt eine Anrechnung der Geldleistung nach § 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. März 1994 geltenden Fassung außer Betracht. Gleiches gilt, soweit Pflegebedürftige, die bis zum 31. März 1994 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 wird die Angabe „Satz 1“ gestrichen.

- c) Absatz 3 wird gestrichen; die Absätze 4 bis 7 werden Absätze 3 bis 6.

- d) Im neuen 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 Pflegeversicherung

(1) Rentenberechtigten Beschädigten und Hinterbliebenen, die einen Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung haben, und die bei einem privaten Versicherungsunternehmen oder bei einer Pflegekasse nach § 18 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, wird der Beitrag zur Pflegeversicherung erstattet.

(2) Der Erstattungsbetrag nach Absatz 1 darf den Betrag nicht übersteigen, der sich bei Zugrundelegung des Beitragssatzes nach § 52 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bei Beschädigten aus der Ausgleichsrente, dem Ehegattenzuschlag und dem Berufschadenausgleich, bei Hinterbliebenen aus allen Rentenleistungen nach diesem Gesetz ergibt.

(3) § 57 Abs. 7 und 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend."

- 15a. § 56 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „das Pflegegeld (§ 26 c Abs.6),“ gestrichen.
- b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „§ 26 c Abs.6,“ gestrichen.

16. § 64 a Abs.2 wird folgender Satz angefügt:

„Eine Zuwendung kann auch bei Pflegebedürftigkeit gegeben werden.“

Artikel 8 a

Änderung des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten

In Artikel 5 Abs. 2 Satz 2 2. Halbsatz des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten vom 21. Juli 1993 (BGBl. I S. 1262), zuletzt geändert durch ..., wird das Wort ‚wird‘ durch die Wörter ‚werden die Summe der im Jahre 1993 gezahlten Erstattungen für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 11 Abs. 4 und § 12 Abs. 5 des Bundesversorgungsgesetzes in der bis zum 31. Dezember 1993 geltenden Fassung und‘ ersetzt.“

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 werden die Wörter „Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung“ durch die Wörter „Unfall- und Rentenversicherung sowie in der Arbeitslosenversicherung und sozialen Pflegeversicherung“ ersetzt.

2. Nach § 23 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 23 a

Pflegeversicherung

§ 57 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß der Dienstherr oder Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes, der nach § 16 Dienstbezüge, Unterhaltszuschuß oder Arbeitsentgelt weiter zu zahlen hat, und der neue Arbeitgeber den Beitragszuschuß anteilig nach der Höhe der jeweils zu gewährenden Dienstbezüge, Unterhaltszuschüsse und Arbeitsentgelte zu zahlen haben.“

Artikel 10 (entfallen)

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 werden nach dem Wort „Angestellten“ das Wort „und“ gestrichen und ein Komma eingefügt und nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „und in der sozialen Pflegeversicherung“ eingefügt.

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.

3. In § 8 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „Rentenversicherung und in der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Wörter „Renten- und Krankenversicherung sowie in der sozialen 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:

„§ 10 a

(1) Selbständige Künstler und Publizisten, die nach § 7 von der Krankenversicherungspflicht befreit und in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind, erhalten auf Antrag von der Künstlersozialkasse als vorläufigen Beitragszuschuß die Hälfte des Beitrages, den die

Künstlersozialkasse bei Versicherungspflicht nach diesem Gesetz an die Pflegekasse zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den sie tatsächlich zu zahlen haben; dabei wird ein Mindestarbeitseinkommen nach § 234 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 54 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht in Ansatz gebracht. § 10 Abs. 1 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

- (2) 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 Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Künstlers oder Publizisten in der sozialen Pflegeversicherung versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch gleichwertig sind. § 57 Abs. 7 und 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Der Zuschuß beträgt die Hälfte des Betrages, 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 § 54 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht in Ansatz gebracht. § 10 Abs. 2 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend."
6. § 11 wird wie folgt geändert:
- In Absatz 1 werden die Wörter „Kranken- oder Rentenversicherung“ durch die Wörter „Renten- oder Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung“ ersetzt.
 - In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Kranken- oder Rentenversicherung“ durch die Wörter „Renten- oder Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung“ und die ~~Angabe~~ „§ 10“ durch die ~~Angabe~~ „§§ 10 und 10 a“ ersetzt.
7. In § 12 Abs. 2 Satz 2 wird die ~~Angabe~~ „§ 10“ durch die ~~Angabe~~ „§§ 10 und 10 a“ ersetzt.
- 7a. In § 16 Abs. 2 Satz 4 werden nach dem Wort „Beitragsanteile“ die Wörter „nach Absatz 1 sowie nach § 16a Abs. 1“ eingefügt.
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 §§ 52 und 54 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Beitrages zu zahlen. Der Beitragsanteil für einen Kalendermonat wird am Ersten des folgenden Monats fällig.

(2) § 16 Abs. 2 gilt entsprechend."

- In § 17 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „und in der sozialen Pflegeversicherung“ und nach dem Wort „Krankenkasse“ die Wörter „und der Pflegekasse“ eingefügt.
- In § 26 Abs. 2 Nummer 1 werden die Wörter „den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Wörter „den Kranken- und Pflegekassen“ ersetzt.
- § 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 sind, beginnt ohne Feststellung der Künstlersozialkasse am 1. Januar 1994."

- 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 13a

Änderung des Gesetzes über eine Altershilfe für Landwirte

In § 13 Satz 3 des Gesetzes über eine Altershilfe für Landwirte in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. September 1965 (BGBl. I S. 1448) zuletzt geändert durch ..., werden nach dem Wort „Beitrag“ die Wörter „und die von den Alterskassen zu tragenden Beitragsanteile nach § 55 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

Artikel 13b

Änderung des Gesetzes zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit

Das Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit vom 21. Februar 1989 (BGBl. I S. 233), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. In § 14 wird nach Absatz 3 folgender Absatz eingefügt:

„(3a) Den nach § 55 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auf den Leistungsträger entfallenden Anteil an den Beiträgen aus Produktionsaufgabenernte und Ausgleichsgeld trägt der Bund. Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend.“

2. In § 16 Satz 1 wird die Angabe „§ 14 Abs. 3 und 4“ durch die Angabe „§ 14 Abs. 3 bis 4“ ersetzt.

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 Kran-

kenhauses nahtlos in wirtschaftlich selbständige ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen umzuwidmen. Die Zahl der in die Krankenhauspläne aufgenommenen Krankenhausbetten ist ab dem 1. Januar 1996 unverzüglich um die Zahl der fehlbelegten Betten zu verringern, die insbesondere durch die in § 17a vorgesehenen Maßnahmen entbehrlich werden. 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 vornehmen.“

- b) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.

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

„(3 a) 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:

„§ 17 a

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. Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen.

(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.“

1a. In § 38 Abs. 2 Nr. 4 werden die Wörter „Wartung und“ gestrichen und die Angabe „§ 69 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 69b Abs. 1“ ersetzt.

2. § 68 wird wie folgt gefaßt:

„§ 68

Inhalt

(1) Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen 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. Absatz 5 und § 69 sind auch auf Kranke und Behinderte anzuwenden, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Hilfe bedürfen, einen geringeren Hilfebedarf als nach Satz 1 haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als nach Absatz 4 bedürfen.

(2) Krankheiten oder Behinderungen 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. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen,
4. andere Krankheiten oder Behinderungen, infolge derer Personen pflegebedürftig im Sinne von Absatz 1 sind.

(3) Der Hilfebedarf des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, 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, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder 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.“

(6) Die Verordnung nach § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Richtlinien der Pflegekassen nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und die Verordnung nach § 26 des Elften Buches Sozialgesetzbuch finden zur Bestimmung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit und zur Abgrenzung, Höhe und Anpassung der Pflegegelder nach § 69a entsprechende Anwendung.“

2a. Nach § 68 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 68 a

Bindungswirkung

Die Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch ist auch der Entscheidung im Rahmen der Hilfe zur Pflege zugrunde zu legen, soweit sie auf Tatsachen beruhen, die bei beiden Entscheidungen zu berücksichtigen sind.“

3. § 69 wird wie folgt gefaßt:

„§ 69

Häusliche Pflege

Reicht im Falle des § 68 Abs. 1 häusliche Pflege aus, soll der Träger der Sozialhilfe darauf hinwirken, daß die Pflege einschließlich der hauswirtschaftlichen Versorgung durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahestehen, oder im Wege der Nachbarschaftshilfe übernommen werden. Das Nähere regeln die §§ 69a bis 69c.“

3a. Nach § 69 werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 69a

Pflegegeld

(1) Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens drei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (erheblich Pflegebedürftige), erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 400 Deutsche Mark monatlich.

(2) Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für mehrere Verrichtungen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Schwerpflegebedürftige), erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 800 Deutsche Mark monatlich.

(3) Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für mehrere Verrichtungen täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Schwerstpflegebedürftige), erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 1 200 Deutsche Mark monatlich.

(4) Bei pflegebedürftigen Kindern ist der infolge Krankheit oder Behinderung gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind zusätzliche Pflegebedarf maßgebend.

§ 69b

Andere Leistungen

(1) Pflegebedürftigen im Sinne von § 68 Abs. 1 sind die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson zu erstatten; auch können angemessene Beihilfen gewährt sowie Beiträge der Pflegeperson für eine angemessene Alterssicherung übernommen werden, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist. Ist neben oder anstelle der Pflege nach § 69 Satz 1 die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich oder eine Beratung oder zeitweilige Entlastung der Pflegeperson geboten, so sind die angemessenen Kosten zu übernehmen.

(2) Pflegebedürftigen, die Pflegegeld nach § 69a erhalten, sind zusätzlich die Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson oder einer besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung zu erstatten, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist.

(3) Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 können nicht als ein Pauschalbetrag gewährt werden.

§ 69c

Leistungskonkurrenz

(1) Leistungen nach § 69a und § 69b Abs. 2 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.

(2) Die Leistungen nach § 69b werden neben den Leistungen nach § 69a gewährt. Werden Leistungen nach § 69b Abs. 1 oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften gewährt, kann das Pflegegeld um bis zu zwei Drittel gekürzt werden.

(3) Bei teilstationärer Betreuung des Pflegebedürftigen kann das Pflegegeld nach § 69a angemessen gekürzt werden.

(4) Leistungen nach § 69b Abs. 1 werden insoweit nicht gewährt, als der Pflegebedürftige in der Lage ist, entsprechende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften in Anspruch zu nehmen."

3b. In § 76 Abs. 3 wird die Angabe „§ 69 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 69b Abs. 1“ ersetzt.

3c. § 81 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nr. 5 wird die Angabe „§ 69 Abs. 3 Satz 1“ durch die Angabe „§ 69a Abs. 1 oder 2“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „§ 69 Abs. 4 Satz 2“ durch die Angabe „§ 69a Abs. 3“ ersetzt.

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 nach den Vorschriften des Achten Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch, soweit nicht nach § 68 weitergehende Leistungen zu gewähren sind.“

Artikel 16

Änderung des Heimgesetzes

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

1. § 3 wird wie folgt gefaßt:

„§ 3

Mindestanforderungen

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 Bundesrates 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, die Leistungen der stationären Pflege nach § 39 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Anspruch nehmen, sind die Leistungen des Heimträgers für allgemeine Pflegeleistungen, für Unterkunft und Verpflegung sowie für Zusatzleistungen im einzelnen gesondert zu beschreiben und die jeweiligen Entgelte hierfür einschließlich des Investitionszuschlags gesondert anzugeben. Art, Inhalt und Umfang der in Satz 1 genannten Leistungen sowie die jeweiligen Entgelte bestimmen sich nach dem Siebten und Achten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

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

(3) Der Anspruch des Heimträgers auf Zahlung des Entgelts für die allgemeinen Pflegeleistungen, soweit sie von der Pflegekasse zu tragen sind, sowie des Investitionszuschlags ist unmittelbar 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 Heimförsprechers 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 und 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 Absatz 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 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 gilt 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 Deutsche Mark, 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. 3 a vergleichbare Leistungen von einem privaten Versicherungsunternehmen erhalten."

b) In Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 werden nach dem Wort „Pflegegeld“, das Wort „Pflegesachleistungen“, eingefügt und der Buchstabe c wie folgt gefaßt:

„c) 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 eingefügt:

„(3a) Empfänger von Unterhaltshilfe, die nach § 18 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig oder nach § 20 oder § 20a des Elften Buches Sozialgesetzbuch bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, erhalten einen Zuschuß zu den Aufwendungen für die Pflegeversicherung. Der monatliche Zuschuß wird in Höhe des Beitrags geleistet, den der Leistungsträger als Pflegeversicherungsbeitrag für Leistungsempfänger zu tragen hat, die in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sind."

3. Nach § 285 wird folgender Paragraph eingefügt.

„§ 285 a

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

Besoldung an Feiertagen

(1) Entfällt die Dienstleistungspflicht des Beamten, Richters oder Soldaten infolge der Feiertage Neujahr, Karfreitag, Ostermontag, 1. Mai, Christi Himmelfahrt, Pfingstmontag, 3. Oktober als Tag der Deutschen Einheit, Buß- und Bettag oder Erster und Zweiter Weihnachtstag, besteht der Anspruch auf Besoldung in Höhe von 80 vom Hundert der Dienst- oder Anwärterbezüge, die ohne den jeweiligen Wegfall der Dienstverpflichtungen zugestanden hätten. Soweit der Beamte, Richter oder Soldat an einem dieser gesetzlichen Feiertage zur Dienstleistung verpflichtet ist und zum Ausgleich an einem anderen Arbeitstag von der Dienstleistung befreit wird, gilt Satz 1 für diesen Tag entsprechend.

(2) Abweichend von Absatz 1 besteht der Anspruch auf Besoldung uneingeschränkt, wenn der Beamte, Richter oder Soldat zu Beginn des Kalenderjahres dienstlich erklärt, daß er auf zwei Tage des Erholungsurlaubs verzichtet.

(3) Absatz 2 gilt nicht, wenn der Anspruch auf Erholungsurlaub durch vorlesungs- und unterrichtsfreie Zeit abgegolten ist oder bei Jugendlichen der ihnen gesetzlich zustehende Mindesterholungsurlaub einschließlich des Zusatzurlaubs nach § 47 des Schwerbehindertengesetzes unterschritten würde. Durch Landesgesetz kann eine Regelung getroffen werden, die die Nichtanwendung des Absatzes 1 durch Übernahme zusätzlicher Arbeitszeit ermöglicht."

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

Amtsgehalt und Ortszuschlag an Feiertagen

Der Anspruch auf Amtsbezüge nach § 11 Abs. 1 Buchstabe a und b besteht an den gesetzlichen Feiertagen Neujahr, Karfreitag, Ostermontag, 1. Mai, Christi Himmelfahrt, Pfingstmontag, 3. Oktober als Tag der Deutschen Einheit, Buß- und Bettag und Erster und Zweiter Weihnachtstag in Höhe von 80 vom Hundert."

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

Artikel 17 d

Änderung des Abgeordnetengesetzes und des Europaabgeordnetengesetzes

Das Abgeordnetengesetz vom 18. Februar 1977 (BGBl. I S. 29) und das Europaabgeordnetengesetz vom 6. April 1979 (BGBl. I S. 413), zuletzt geändert durch das 15. Gesetz zur Änderung des Abgeordnetengesetzes und das Dreizehnte Gesetz zur Änderung des Europaabgeordnetengesetzes vom 22. April 1993 (BGBl. I S. 462), wird wie folgt geändert:

a) Nach § 11 Abs. 2 Abgeordnetengesetz wird folgender Absatz angefügt:

„(3) Der Auszahlungsbetrag der Entschädigung nach Absatz 1 beträgt in Ansehung der zu den Kosten in Pflegefällen nach § 27 gewährten Zuschüsse 10.309 Deutsche Mark, der der Amtszulage nach Absatz 2 für den Präsidenten 10.309 Deutsche Mark und für seine Stellvertreter 5.154,50 Deutsche Mark."

b) § 27 Abgeordnetengesetz wird wie folgt geändert:

aa) Absatz 1 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Mitglieder des Bundestages und Versorgungsempfänger nach diesem Gesetz erhalten einen Zuschuß zu den notwendigen Kosten in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen in sinngemäßer Anwendung der für Bundesbeamte geltenden Vorschriften."

bb) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz eingefügt:

„(3) Der Anspruch auf den Zuschuß zu den Krankenversicherungsbeiträgen nach Absatz 2 schließt ein den Anspruch auf einen Zuschuß in Höhe der Hälfte des aus eigenen Mitteln geleisteten Pflegeversicherungsbeitrages, höchstens jedoch die Hälfte des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung."

cc) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.

c) In § 9 Europaabgeordnetengesetz wird nach Satz 1 folgender Satz angefügt:

„Der Auszahlungsbetrag der Entschädigung nach Satz 1 beträgt in Ansehung der zu den Kosten in Pflegefällen nach § 11 Abgeordnetengesetz in Verbindung mit § 27 Abgeordnetengesetz gewährten Zuschüsse 10.309 Deutsche Mark."

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 des Lastenausgleichsgesetzes 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, 1991 I S. 808), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1 Buchstabe a wird wie folgt gefaßt:

„a) Leistungen aus einer Krankenversicherung, aus der gesetzlichen Unfallversicherung, aus der sozialen Pflegeversicherung sowie aus einer privaten Pflegeversicherung, wenn der Versicherungsschutz 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 *Doppel*buchstabe dd werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Buchstabe angefügt:

„c) Beiträge zu einer zusätzlichen freiwilligen Pflegeversicherung“.

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 1957 geboren sind.“

3. § 33 b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Nr. 2 Buchstabe b werden die Wörter „äußerlich erkennbaren“ gestrichen.

b) 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.“

c) 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 1800 Deutsche Mark im Kalenderjahr geltend machen (Pflegepauschbetrag). 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. Voraussetzung ist, daß der Steuerpflichtige die Pflege im Inland entweder in seiner Wohnung oder in der Wohnung des Pflegebedürftigen persönlich durchführt. Wird ein Pflegebedürftiger von mehreren Steuerpflichtigen im Veranlagungszeitraum gepflegt, wird der Pauschbetrag nach der Zahl der Pflegepersonen, bei denen die Voraussetzungen der Sätze 1 bis 4 vorliegen, geteilt.“

Artikel 20

Änderung des Umsatzsteuergesetzes

In § 4 Nr. 16 Buchstabe d und e des Umsatzsteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. April 1993 (BGBl. I S. 565), zuletzt geändert durch ..., werden jeweils die Wörter „zwei Drittel“ durch die Angabe „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), ~~zuletzt geändert durch Artikel ...~~, wird nach dem Wortbestandteil „Kranken-“ ein Komma und der Wortbestandteil „Pflege“ eingefügt.

Artikel 22

Änderung des Versicherungssteuergesetzes

In § 4 Nr 5 des Versicherungssteuergesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 611-15, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel, wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Dies gilt auch für Pflegeversicherungen im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt sie genommen worden sind.“

Artikel 22a Änderung der Bundeshaushaltsordnung

In § 112 Abs. 1 Satz 1 der Bundeshaushaltsordnung vom 19. August 1969 (BGBl. I S. 1284), zuletzt geändert durch, werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „der sozialen Pflegeversicherung“ 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:

„§ 13 a

Pflegeversicherungszuschlag

Für Auszubildende, die beitragspflichtig

1. in der sozialen Pflegeversicherung oder

2. bei einem privaten Versicherungsunternehmen, das die in § 57 Abs. 7 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Voraussetzungen erfüllt, nach § 20a des Elften Buches Sozialgesetzbuch

versichert sind, erhöhen sich die Beträge 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. 2147), 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:

„§ 8 a

Pflegeversicherung

- (1) Die Teilnahme an einer Eignungsübung beruht 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 Beitragszuschuß für Privatversicherte entsprechend § 57 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 „3 a“ eingefügt.

- b) In Satz 2 wird nach der Angabe „Absatz 2 Nr. 2“ ein Komma und die Angabe „2 a“ eingefügt.

2. Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

„2 a. 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:

„3 a. Ersatz der Beiträge zu einer privaten Pflegeversicherung zugunsten von Familienangehörigen ohne eigenes Einkommen;“.

VIERTER TEIL

Überleitungs- und Schlußvorschriften

Artikel 27 a

Änderung der Beitragsüberwachungsverordnung

Die Anlagen 1 und 2 zu § 4 der Beitragsüberwachungsverordnung vom 22. Mai 1989 (BGBl. I S. 992), zuletzt geändert durch ..., werden durch die neuen Anlagen 1 und 2 ersetzt.

Anlage 1

Arbeitgeber	Betriebs-/Beitragskonto-Nr. des Arbeitgebers
-------------	--

(Name und Anschrift der Krankenkasse)	Zeitraum					
	von: Tag*		Monat		Jahr	
	bis: Tag*		Monat		Jahr	
Kennzeichen eintragen: D, K ☐						
D = Dauer-Beitragsnachweis						
K = Korrektur-Beitragsnachweis						
1. abgelaufene Kalenderjahre						
* Tag nur angeben, wenn Lohnabrechnungs- zeitraum vom Kalendermonat abweicht.						

Beitragsnachweis	Beitragsgruppe		Gesamtbeitrag	
	alphan.	numer.	DM	PT
Beiträge zur Krankenversicherung – allgemeiner Beitrag –	G	100		
Beiträge zur Krankenversicherung – erhöhter Beitrag –	H	200		
Beiträge zur Krankenversicherung – ermäßigter Beitrag –	F	300		
Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung	P	006		
Beiträge zur Rentenversicherung der Arbeiter	K	010		
Beiträge zur Rentenversicherung der Angestellten	L	020		
Beiträge zur Bundesanstalt für Arbeit	M	001		
Beiträge zur Rentenversicherung der Arbeiter – Arbeitgeberanteil –	1/2 K	030		
Beiträge zur Rentenversicherung der Angestellten – Arbeitgeberanteil –	1/2 L	040		
Beiträge zur Bundesanstalt für Arbeit – Arbeitgeberanteil –	1/2 M	002		
Umlage nach dem Lohnfortzahlungsgesetz – für Krankheitsaufwendungen – (LFZG)	U1	000		
Umlage nach dem Lohnfortzahlungsgesetz – f. Mutterschaftsaufwendungen – (LFZG)	U2	009		
Gesamtsumme				
Es wird bestätigt, daß die Angaben mit denen der Lohn- und Gehaltsunterlagen übereinstimmen und in diesen sämtliche Entgelte enthalten sind.	Stichtage zur Rentenversicherung – beitragsfähige Mitglieder*			
	– Entlohnung gemäß § 10 LFZG			
	zu zahlender Beitrag/Gehaltsabzug			

Datum, Unterschrift

* Stichtage Angabe des Arbeitgebers

Anlage 2

Arbeitsgeber	Lohn- und Beitragskonto-Nr. des Arbeitgebers
--------------	--

(Name und Anschrift
der Krankenkasse)

Zeitraum

von: Tag* Monat Jahr

bis: Tag* Monat Jahr

Kennzeichen eintragen: K ☐

K = Korrektur-Beitragsnachweis
 (abgelaufene Kalenderjahre)

* Tag nur eingeben, wenn Lohnabrechnungs-
 Zeitraum vom Kalendermonat abweicht.

Besonderer Beitragsnachweis

für Beiträge aus bzw. für Kurzarbeiter- (KUG) oder Schlechtwettergeld (SWG)

Beiträge zur	Beitragsgruppe		KUG/SWG		Ausfallentgelt		Betrag	
	alphab.	numer.	DM	PI	DM	PI	DM	PI
Krankenversicherung — allgemeiner Beitrag —	G	100	X	X				
Krankenversicherung — erhöhter Beitrag —	H	200						
Krankenversicherung — ermäßigter Beitrag —	F	300						
soziale Pflegeversicherung	P	006						
Rentenversicherung der Arbeiter	K	010						
Rentenversicherung der Angestellten	L	020						
Rentenversicherung der Arbeiter — Arbeitgeberanteil —	1/2 K	050						
Rentenversicherung der Angestellten — Arbeitgeberanteil —	1/2 L	040						
Gesamtsumme								

Es wird bestätigt, daß die Angaben mit denen der Lohn- und Gehaltsunterlagen
 übereinstimmen und in diesen sämtliche Entgelte enthalten sind.

Zusätzliche Angabe für nicht re-beitragspflichti-
 ge Beschäftigte, die beitragspflichtig zur BA sind:

Ausfallentgelt		
	DM	PI

Datum, Unterschrift

Artikel 27 b

Änderung der Beitragszahlungsverordnung

In § 3 der Beitragszahlungsverordnung vom 22. Mai 1989 (BGBl. I S. 990), zuletzt geändert durch ..., wird nach Absatz 1 Satz 1 folgender Absatz eingefügt:

„(1a) Für die Weiterleitung der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung hat die Krankenkasse ein von Absatz 1 Satz 1 abweichendes Verfahren anzuwenden, wenn es für die Pflegekasse wirtschaftlicher als das Überweisungsverfahren ist.“

Artikel 27 c

Änderung der Verordnung über die Erstattung von Aufwendungen nach dem Gesetz zur Überführung von Ansprüchen und Anwartschaften aus Zusatz- und Sondernversorgungssystemen des Beitrittsgebiets durch den Bund

Die Verordnung über die Erstattung von Aufwendungen nach dem Gesetz zur Überführung von Ansprüchen und Anwartschaften aus Zusatz- und Sondernversorgungssystemen des Beitrittsgebiets durch den Bund vom 29. Mai 1992 (BGBl. I S. 999), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

§ 1 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 3 wird nach der Angabe „106“ ein Komma und die Angabe „106a“ eingefügt.

b) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer eingefügt:

„4a. der Teil des Beitrags zur Pflegeversicherung, den nach § 55 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 249a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zu tragen hat,“

Artikel 27 d

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf Artikel 27a bis 27c beruhenden Teile der dort geänderten Rechtsverordnungen können auf Grund der jeweils einschlägigen Ernächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

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 28 a

Fristverlängerung für Befreiungsanträge

Personen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, können sich innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. § 20 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

Artikel 29

Behandlung der bestehenden privaten Pflegeversicherungsverträge

(1) Wer bei Inkrafttreten des Gesetzes bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert ist, wird auf Antrag von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit, wenn der Vertrag mit dem privaten Versicherungsunternehmen vor dem 23. Juni 1993 abgeschlossen wurde. Dies gilt auch, wenn der Versicherte 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 noch nicht gleichwertig sind. Verträge, die unzureichende Vertragsleistungen vorsehen, sind bis zum 31. Dezember 1994 an den Leistungsumfang der sozialen Pflegeversicherung anzupassen. § 20a Abs. 3, 5 und 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

(2) Der Antrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der zuständigen Pflegekasse zu stellen. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

(3) Personen, die nach den §§ 18 oder 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig werden, können den Pflegeversicherungsvertrag nach Absatz 1 mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Das Kündigungsrecht gilt auch für Familienangehörige, wenn für sie eine Familienversicherung nach § 21 des Elften Buches Sozialgesetzbuch eintritt.

(4) Die privaten Versicherungsunternehmen haben alle Versicherungsnehmer, die trotz Aufforderung ihren Versicherungsvertrag bis zum 31. Dezember 1994 nicht entsprechend Absatz 1 Satz 3 angepaßt haben, zu ermitteln und dem Bundesversicherungsamt bis zum 31. März 1995 zu melden. Die Meldepflichten nach Satz 1 bestehen auch, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag, der nach Absatz 1 zur Versicherungsfreiheit geführt hat, nicht fortsetzt.

(5) Der Anspruch des Versicherungsnehmers auf einen Beitragszuschuß richtet sich nach § 57 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, § 106a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch, § 53a des Bundesversorgungsgesetzes, § 13a des Bundesausbildungsförderungsgesetzes, § 19a des Arbeitssicherstellungsgesetzes, § 8a des Eignungsübungsgesetzes, § 7 des Unterhaltssicherungsgesetzes, § 10a des Künstlersozialversicherungsgesetzes, § 276 des Lastenausgleichsgesetzes und § 15 des Flüchtlingshilfegesetzes. In der Zeit vom 1. Januar 1994 bis einschließlich 31. Dezember 1994 besteht der Anspruch auf den Zuschuß zu den Beiträgen für Verträge nach Absatz 1 auch in den Fällen, in denen die Vertragsleistungen noch nicht den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind.

(6) Wird der Vertrag entgegen Absatz 1 Satz 3 nicht angepaßt oder der Vertrag nach Absatz 1 vom Versicherungsnehmer nicht erfüllt, tritt ab 1. Januar 1995 für Versicherungspflichtige nach den §§ 18 oder 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ein.

Artikel 30

Beitragsbemessung bei landwirtschaftlichen Unternehmen und mitarbeitenden Familienangehörigen

Bei der Ermittlung des Zuschlages, der auf den Krankenversicherungsbeitrag an 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 § 55 Abs. 1 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

(1) Pflegebedürftige Versicherte, die bis zum 31. März 1994 Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit nach den §§ 53 bis 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten haben, werden mit Wirkung vom 1. April 1994 ohne Antragstellung in die Pflegestufe II eingestuft und erhalten Leistungen nach dem Vierten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch in dem Umfang, der für Pflegebedürftige im Sinne des § 13 Abs. 1 Nr. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehen ist. Sie werden auf Antrag der Pflegestufe III zugeordnet und erhalten Leistungen in dem Umfang, der für Pflegebedürftige im Sinne des § 13 Abs. 1 Nr. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehen ist, wenn festgestellt wird, daß Pflegebedürftigkeit im entsprechenden Umfang vorliegt. Wird der Antrag bis zum 30. September 1994 gestellt, wird die Zuordnung zur Pflegestufe III rückwirkend ab 1. April 1994 vorgenommen, bei späterer Antragstellung ab dem Zeitpunkt der Antragstellung.

(2) Die Krankenkassen stellen den Pflegekassen die für die Leistungsgewährung notwendigen Unterlagen zur Verfügung und übermitteln die erforderlichen personenbezogenen Daten.

Artikel 32 a

Aufbau der Verwaltung der Pflegekassen

(1) Soweit Vertreterversammlungen von Krankenkassen bereits bis zum 31. Dezember 1993 Satzungen der bei ihnen errichteten Pflegekassen beschlossen haben, treten diese am 1. Januar 1994 in Kraft.

(2) Verträge, die der Vorstand oder die nach der Satzung vertretungsberechtigten Vorstandsmitglieder der Krankenkasse bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes für die bei der Krankenkasse zu errichtende Pflegekasse geschlossen haben, wirken

756/93

mit Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes für und gegen die Pflegekasse.

(3) Aufwendungen aus Verträgen, die nach Absatz 2 bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes geschlossen wurden, hat die Pflegekasse zu erstatten. Der Erstattungsanspruch ist mit 4 vom Hundert zu verzinsen.

Artikel 32 b

Beitragsfreiheit für Pflegebedürftige in stationärer Pflege

Für Pflegebedürftige, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim erhalten, besteht bis zum Inkrafttreten der Regelungen des § 39 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auf Antrag Beitragsfreiheit in der sozialen Pflegeversicherung, wenn sie keine Familienangehörigen haben, für die eine Versicherung nach § 21 des Elften Buches des Sozialgesetzbuches besteht.

Artikel 32 c

Übergangsregelungen für die Beitragszahlung von Rentenbeziehern

(1) Für Personen, die am 1. Januar 1994 eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, sind im ersten Halbjahr 1994 Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung nicht zu leisten. Für diese Personen erhöht sich der Beitragssatz in der Zeit vom 1. Juli 1994 bis zum 30. Juni 1995 um den Vomhundertsatz, der sich ergibt, wenn die Hälfte des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung mit dem Verhältnis des aktuellen Rentenwerts im Juni 1994 zum aktuellen Rentenwert vervielfältigt wird. Für Renten mit persönlichen Entgeltpunkten (Ost) ist der Ermittlung des Vomhundertsatzes der jeweilige aktuelle Rentenwert (Ost) zugrunde zu legen. Die Bundesregierung hat durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Vomhundertsätze zu bestimmen.

(2) Auf den vom Träger der Rentenversicherung für Personen nach Absatz 1 zu tragenden Beitrag werden für das erste Halbjahr 1994 zum 1. Januar 1994 und zum 1. März 1994 Vorschüsse geleistet. Die Vorschüsse sind aus dem Gesamtbetrag der Renten für diese Personen zu ermitteln und pauschal an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte für die Pflegekassen abzuführen. Das Bundesversicherungsamt stellt die Beträge nach Satz 2 fest, verteilt sie auf die Träger der Rentenversicherung der Arbeiter und führt die Abrechnung zwischen den Trägern der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten sowie der knappschaftlichen Rentenversicherung untereinander durch.

(3) Der von den Trägern der Rentenversicherung zu zahlende Zuschuß zur Pflegeversicherung für den Zeitraum vom 1. Januar 1994 bis zum 30. Juni 1994 ist von Amts wegen in einer Summe anläßlich der Rentenanpassung zum 1. Juli 1994 zu zahlen.

(4) Über die Beitrags einbehaltung aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung für die soziale Pflegeversicherung sowie über den Zuschuß zur Pflegeversicherung ist spätestens in der Mitteilung über die Rentenanpassung zum 1. Juli 1994 zu informieren. Ein besonderer Bescheid ist nicht erforderlich.

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. März 1994 nach § 69 Bundessozialhilfegesetz in der bis zum 31. März 1994 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. Bei der Anwendung dieser Bestimmung ist von den am 31. März 1994 in § 69 Bundessozialhilfegesetz festgelegten Beträgen auszugehen.

Artikel 35

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1994 in Kraft, soweit in den Absätzen 2, 3 oder 4 nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Am 1. April 1994 treten in Kraft:

Artikel 1 §§ 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, Artikel 2 Nr. 3 Buchstabe a und b, Artikel 4 Nr. 1, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 12 Buchstabe a und b, Nr. 13 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa und bb, Artikel 5 Nr. 2, 3, 4, 5, 10, 11, 11a, 12, 13, 14, 15, 16, 17 und 19, Artikel 6, Artikel 8 Nr. 1 bis 14 und 15a, Artikel 12, Artikel 15, Artikel 18, Artikel 32 und Artikel 34.

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

1. Artikel 1 § 39,
2. Artikel 1 Siebtes und Achtes 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.

(4) 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.

05.11.93**Anrufung****des Vermittlungsausschusses
durch den Bundesrat**

**Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit
(Pflege-Versicherungsgesetz - PflegeVG)**

Der Bundesrat hat in seiner 662. Sitzung am 5. November 1993 beschlossen, zu dem vom Deutschen Bundestag am 22. Oktober 1993 verabschiedeten Gesetz zu verlangen, daß der Vermittlungsausschuß gemäß Artikel 77 Abs. 2 des Grundgesetzes einberufen wird, weil das Pflegeversicherungsgesetz verbessert werden muß.

Im übrigen wird auf die Anlage verwiesen.

Anlage

Begründung

für die Einberufung des Vermittlungsausschusses
zum
Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit
(Pflege-Versicherungsgesetz - PflegeVG)

Der Bundesrat hält im Interesse der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und ihrer Pflegepersonen eine gesetzliche Pflegeversicherung für dringend erforderlich. Dazu muß eine Lösung zustandekommen, die langfristig tragfähig ist und Lasten gerecht verteilt.

Der vorliegende Gesetzesbeschluß für eine Pflegeversicherung wird den Erfordernissen noch nicht gerecht, auch nicht hinsichtlich der notwendigen Entlastung der Träger der Sozialhilfe. Verbesserungen sind insbesondere geboten wegen

- der Abgrenzung des Personenkreises der Versicherten,
- der Definition der Pflegebedürftigkeit,
- der Höhe der Leistungen,
- der Höhe der Beitragsbemessungsgrenze,
- der zentralistischen Strukturen,
- der Finanzierung der Investitionskosten.

Der Bundesrat hebt die Bereitschaft der Länder hervor, Gespräche über Inhalt und Leistungen einer Pflegeversicherung zu führen. Er geht davon aus, daß eine sozial ausgewogene und wirtschaftlich vertretbare Finanzierung der Pflegeversicherung im Gesetz selbst geregelt werden muß. Deshalb muß auch das Entgeltfortzahlungsgesetz erneut erörtert werden.