

Bericht

**des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung
(11. Ausschuß)**

1. a) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.
— Drucksache 12/5262 —

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

- b) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
— Drucksachen 12/5617, 12/5761, 12/5891 —

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

2. zu dem Gesetzentwurf der Fraktion der SPD
— Drucksache 12/1156 (neu) —

Entwurf eines Gesetzes zur Einführung einer gesetzlichen Pflegeversicherung (Pflegeversicherungsgesetz — PflegeVersG)

3. zu dem Gesetzentwurf der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Dr. Gregor Gysi und der Gruppe der PDS/Linke Liste
— Drucksache 12/4099 —

Entwurf eines Gesetzes zur sozialstaatlichen Gewährleistung von Assistenz, Anleitung und/oder Pflege (Pflege-Assistenz-Gesetz)

4. zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Klaus-Dieter Feige, Christina Schenk, Werner Schulz (Berlin) und der Gruppe BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
— Drucksache 12/1712 —

Soziale Absicherung einer besseren Pflege

Bericht der Abgeordneten Julius Louven, Gerd Andres und Dr. Eva Pohl

Inhaltsübersicht

	Seite
A. Allgemeiner Teil	2
I. Zum Beratungsverfahren	2
II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen	3
III. Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung	9
IV. Wesentliche Erkenntnisse der vom Ausschuß durchgeführten Anhörungen	9
1. Anhörung vom 21., 22. Mai und 3. Juni 1992	10
2. Anhörung vom 16. und 17. September 1993	12
V. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse	14
VI. Schwerpunkte der Beratungen im Ausschuß	17
1. Allgemeine Vorschriften und Grundsätze	19
2. Leistungsberechtigter Personenkreis	19
3. Versicherungspflichtiger Personenkreis	21
4. Leistungen der Pflegeversicherung	22
5. Finanzierung	23
6. Pflegevergütung und Investitionsfinanzierung der Pflegeeinrichtungen	24
7. Datenschutz	24
8. Private Pflegeversicherung	25
9. Kompensationsregelung	25
VII. Finanzielle Auswirkungen der beschlossenen Maßnahmen	25
VIII. Weitere Vorlagen	27
B. Besonderer Teil	34

A. Allgemeiner Teil**I. Zum Beratungsverfahren**

Der Gesetzentwurf der Fraktion der SPD — Drucksache 12/1156 (neu) — wurde in der 65. Sitzung des Deutschen Bundestages am 6. Dezember 1991 in erster Lesung beraten und federführend an den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung sowie mitberatend an den Innenausschuß, den Rechtsausschuß, den Ausschuß für Familie und Senioren, den Ausschuß für Frauen und Jugend, den Gesundheitsausschuß und den Haushaltsausschuß — gleichzeitig gemäß § 96 GO — zur Mitberatung überwiesen.

In seiner 137. Sitzung am 4. Februar 1993 überwies der Deutsche Bundestag den Gesetzentwurf der Abgeordneten Dr. Ilja Seiffert, Dr. Gregor Gysi und der Gruppe der PDS/Linke Liste — Drucksache 12/4099 — zur federführenden Beratung an den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung sowie zur Mitberatung an den Rechtsausschuß, den Ausschuß für Familie und Senioren, den Ausschuß für Frauen und Jugend, den Gesundheitsausschuß und den Haushaltsausschuß (gleichzeitig gemäß § 96 GO).

Den von den Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. eingebrachten Gesetzentwurf auf Drucksache 12/5262 hat der Deutsche Bundestag in der 168. Sitzung am 1. Juli 1993 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung, zur Mitberatung an den Innenausschuß, den Rechtsausschuß, den Finanzausschuß, den Ausschuß für Wirtschaft, den Ausschuß für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, den Ausschuß für Familie und Senioren, den Ausschuß für Frauen und Jugend, den Gesundheitsausschuß, den Ausschuß für Bildung und Wissenschaft, den Haushaltsausschuß — gleichzeitig gemäß § 96 GO — zur Mitberatung überwiesen.

In seiner 173. Sitzung am 9. September 1993 hat der Deutsche Bundestag den gleichlautenden Gesetzentwurf der Bundesregierung — Drucksache 12/5617 — zur federführenden Beratung an den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung und zur Mitberatung an dieselben Ausschüsse wie den Gesetzentwurf auf Drucksache 12/5262 überwiesen.

Den Antrag der Abgeordneten Dr. Klaus-Dieter Feige, Christina Schenk, Werner Schulz (Berlin) und der Gruppe BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN — Drucksache

12/1712 — hatte der Deutsche Bundestag in seiner 65. Sitzung am 6. Dezember 1991 dem Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung zur federführenden und dem Rechtsausschuß, dem Ausschuß für Familie und Senioren, dem Ausschuß für Frauen und Jugend, dem Gesundheitsausschuß und dem Haushaltsausschuß zur Mitberatung überwiesen.

In seiner 35. Sitzung am 15. Januar 1992 hat der Ausschuß beschlossen, zu der Drucksache 12/1156 (neu) eine dreitägige öffentliche Anhörung durchzuführen. In der 51. Sitzung erfolgte eine erste kurze Einführung zu den Vorlagen auf den Drucksachen 12/1156 (neu) und 12/1212. Weitere Beratungen zu diesen beiden Vorlagen erfolgten in der 62. Sitzung am 3. Februar 1993. In der 81. Sitzung am 2. Juli 1993 wurde nach einer kurzen Einführung in die Gesetzentwürfe auf den Drucksachen 12/5262 und 12/4099 vom Ausschuß beschlossen, eine weitere zweitägige Anhörung durchzuführen, die sich auf die Vorlagen 12/5262, 12/4099 und 12/1712 bezog.

In seiner 94. Sitzung am 6. Oktober 1993 begann der Ausschuß mit einer Grundsatzgespräche die eigentlichen Beratungen zu den ihm federführend überwiesenen Vorlagen auf den Drucksachen 12/1156 (neu), 12/4099, 12/5262, 12/5617 und 12/1712. Die Einführung in die Gesetzentwürfe wurde in der 95. Sitzung am 7. Oktober, in der 96. Sitzung am 18. Oktober 1993 sowie der 97. Sitzung am 19. Oktober 1993 fortgesetzt. In der 96. und 97. Sitzung erläuterten neben der Bundesregierung die Vertreter der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. zudem die von ihnen eingebrachten 128 Änderungsanträge zu den Gesetzentwürfen auf den Drucksachen 12/5262 und 12/5617.

Am 20. Oktober 1993 (98. Sitzung) schloß der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung die Beratungen über die Gesetzentwürfe zur Einführung einer Pflegeversicherung sowie der damit zusammenhängenden Vorlagen ab. Dabei beschloß er mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD und des Mitgliedes der Gruppe der PDS/Linke Liste, dem Deutschen Bundestag die Annahme der Gesetzentwürfe — Drucksachen 12/5256, 12/5617 — zu empfehlen.

In die Ausschußberatungen hat der Ausschuß auch die bei ihm verzeichneten Petitionen einbezogen und zu mehreren Petitionen eine Stellungnahme nach § 109 GO-BT abgegeben, um die der Petitionsausschuß den Ausschuß gebeten hatte. Vorgebrachten Wünschen, die über die Regelungen des vorliegenden Gesetzentwurfes hinausgingen, konnte nach Auffassung der Ausschußmehrheit nicht Rechnung getragen werden.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

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

Durch die gleichlautenden Gesetzentwürfe der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. sowie der Bundesregierung soll eine soziale Pflegeversicherung unter

dem Dach der Krankenversicherung, finanziert im Umlageverfahren, geschaffen werden. Die Krankenkassen sollen die Pflegeversicherung durchführen. Die dafür entstehenden Kosten, einschließlich der Verwaltungskosten, sollen die Pflegekassen tragen.

Der Gesetzentwurf sieht vor, daß die soziale Pflegeversicherung stufenweise in Kraft tritt:

— Ab 1. Januar 1994 soll die soziale Pflegeversicherung zunächst die Leistungen für die häusliche Pflege gewähren; zu deren Finanzierung sei ein Beitragssatz von 1,0 % erforderlich.

— Ab 1. Januar 1996 soll die soziale Pflegeversicherung auch Leistungen für die stationäre Pflege gewähren, was dann einen Beitragssatz von 1,7 % erfordern würde, der in jedem Fall aber erst zwei Jahre nach Beginn der Leistungen für die häusliche Pflege erhoben werden müsse.

Als Beitragsbemessungsgrenze sehen die Gesetzentwürfe jene der gesetzlichen Krankenversicherung vor (das sind 1993 5 400 DM monatlich in den alten und 3 975 DM in den neuen Bundesländern), wobei die Beiträge je zur Hälfte von den Versicherten und den Arbeitgebern aufgebracht werden sollen.

Die Höhe der Beiträge soll sich nach dem beitragspflichtigen Einkommen des einzelnen Mitglieds richten. Unterhaltsberechtigte Kinder und Ehegatten, deren monatliches Gesamteinkommen gegenwärtig 530 DM (390 DM neue Länder) nicht übersteigt, sollen im Rahmen der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert sein.

Die Versicherungspflicht soll sich nach dem Grundsatz: „Die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“ richten. Der versicherte Personenkreis der sozialen Pflegeversicherung soll diejenigen umfassen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, und zwar sowohl die Pflichtversicherten als auch die freiwillig Versicherten. Dies sind rund 90 % der Bevölkerung. Diejenigen, die gegen das Krankheitsrisiko bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert sind, sollen Mitglied der privaten Pflegeversicherung werden. Diese habe zu gewährleisten, daß ihre Leistungen denen der sozialen Pflegeversicherung entsprechen. Außerdem soll die private Pflegeversicherung verpflichtet werden, die heute bereits Pflegebedürftigen, die privat krankenversichert sind, sofort in vollem Umfang in den Schutz der privaten Pflegeversicherung einzubeziehen; für die älteren Versicherten soll die private Pflegeversicherung angemessene Bedingungen und Prämien anbieten müssen.

Beamte sollen, soweit sie in der privaten Krankenversicherung versichert sind, ebenfalls zum Abschluß einer privaten Pflegeversicherung verpflichtet werden. Die Versicherungspflicht soll für die durch die Beihilfe nicht gedeckten Pflegekosten gelten.

Die Gesetzentwürfe definieren als pflegebedürftig Personen, die wegen Krankheit oder einer Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer in erheblichem Maße der Hilfe bedürfen.

Die pflegebedürftigen Menschen werden nach der Häufigkeit des Hilfebedarfs in drei Pflegestufen unterteilt:

- Pflegestufe I: erheblich pflegebedürftig = Hilfebedarf einmal täglich;
- Pflegestufe II: schwerpflegebedürftig = Hilfebedarf dreimal täglich;
- Pflegestufe III: schwerstpflegebedürftig = Hilfebedarf rund um die Uhr.

Der Hilfebedarf soll sich auf die Bereiche der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und auf die hauswirtschaftliche Versorgung erstrecken. Dabei wird davon ausgegangen, daß die Hilfe der Solidargemeinschaft erst bei einem täglichen Hilfebedarf (= erhebliche Pflegebedürftigkeit) notwendig wird. Bei geringerem Hilfebedarf wird die Eigenfinanzierung der notwendigen Hilfeleistungen für zumutbar gehalten.

Die Gesetzentwürfe unterscheiden zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen der Pflegeversicherung. Im einzelnen sind unter anderem vorgesehen:

Ambulante Pflege:

- Pflegegeld in Höhe von 400/800/1 200 DM monatlich je nach Pflegebedürftigkeitsstufe;
- Pflegesachleistungen (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) in Höhe von bis zu 750/1 500/2 100 DM monatlich je nach Pflegebedürftigkeitsstufe;
- Kombinationsleistung, d. h. anteilige Geld- und Sachleistung;
- Urlaubs-Pflegevertretung bis zu vier Wochen im Wert bis zu 2 100 DM pro Jahr.

Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege:

- Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege im Wert bis zu 750/1 500/2 100 DM jährlich;
- Kurzzeitpflege im Wert bis zu 2 100 DM jährlich.

Sonstige ambulante Leistungen:

- Versorgung mit Pflegehilfsmitteln (beispielsweise Pflegebetten, Rollstühle, Hebevorrichtungen);
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.

Vollstationäre Pflege:

- Übernahme der pflegebedingten Aufwendungen durch die Pflegeversicherung bis zu 2 100 DM monatlich (Basisjahr 1991). Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung trägt der Pflegebedürftige.

Die Höhe der Pflegeleistungen soll künftig durch Rechtsverordnung der Bundesregierung der Entwicklung angepaßt werden. Dafür soll in erster Linie das bei stabilem Beitragssatz vorhandene Einnahmenvolumen der Pflegeversicherung zur Verfügung stehen. Wegen der dynamischen Beitragsbemessungsgrenze soll dieses Volumen jährlich entsprechend der

Lohnentwicklung steigen, so daß die üblichen Preissteigerungen, die insbesondere aus den Löhnen für das Pflegepersonal herrühren, ausgeglichen werden können.

Die Leistungshöhe für den stationären Bereich soll rechtzeitig vor dem 1. Januar 1996 durch den Gesetzgeber festgelegt werden. Der Betrag von 2 100 DM ist auf der Basis des Jahres 1991 berechnet worden.

Vorrangiges Ziel der sozialen Pflegeversicherung soll es sein, die Pflegebedürftigen und ihre Familien möglichst unabhängig von der Inanspruchnahme von Sozialleistungen zu machen. Durch seine Beitragszahlung soll der Versicherte einen Rechtsanspruch auf Hilfe bei Pflegebedürftigkeit erwerben, wobei der Anspruch unabhängig von der wirtschaftlichen Lage des Versicherten sein soll und eine Bedürftigkeitsprüfung und eine Heranziehung der Angehörigen zu den Kosten nicht stattfinden sollen.

Für die häuslichen Pflegekräfte soll die Pflegeversicherung die Beitragszahlungen zur Rentenversicherung übernehmen. Die Beiträge belaufen sich je nach Stufe der Pflegebedürftigkeit zur Zeit auf 173/346/519 DM pro Monat. Bei Pflege eines Schwerstpflegebedürftigen entspräche der Beitrag demjenigen eines Arbeitnehmers mit einem Jahresgehalt von 35 600 DM (1993). Sichertgestellt werden soll zudem die Unfallversicherung der Pflegekräfte.

Die Investitionskosten sollen ebenso wie die laufenden Aufwendungen der Pflegeeinrichtungen über die Pflegevergütung (Pflegesatz) finanziert werden (sog. „monistisches“ Finanzierungssystem). Damit sollen die wirtschaftliche Betriebsführung der Pflegeeinrichtungen und die Wettbewerbsneutralität gewährleistet werden.

Die Gesetzentwürfe schätzen den Investitionsbedarf der Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime, Sozialstationen und sonstige ambulante Pflegedienste) auf jährlich ca. 3,6 Mrd. DM. Die Entlastungen, die in der Sozialhilfe durch die Pflegeversicherung eintreten, sollen in dieser Höhe (3,6 Mrd. DM) der Pflegeversicherung zugute kommen. Dies soll in der Weise geschehen, daß die Einsparungen der Länder und Gemeinden dem Bund zugeführt werden und dieser sie im Wege eines Bundeszuschusses der Pflegeversicherung zur Verfügung stellt.

Die Pflegekassen sollen den Auftrag erhalten, durch Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit Pflegeheimen, Sozialstationen und ambulanten Pflegediensten die pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag).

Durch den Versorgungsvertrag soll die Pflegeeinrichtung zur häuslichen oder stationären Pflege der Versicherten zugelassen und verpflichtet werden. Der Gesetzentwurf sieht vor, daß nur solche Pflegeeinrichtungen zugelassen werden dürfen, die die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Pflegebedürftigen bieten. Pflegeeinrichtungen, die diese Voraussetzungen erfüllen, sind zuzulassen. Eine Bedarfsprüfung ist nicht vorgesehen. Hierdurch sollen der Wettbewerb gefördert und günstige Preise erreicht werden. Pflegeeinrichtungen und Pflegekas-

sen sollen sich als gleichberechtigte Vertragspartner gegenüberstehen. Die Pflegekassen sollen die Vielfalt, die Unabhängigkeit und das Selbstverständnis der Träger von Pflegeeinrichtungen achten. Das System von vertraglichen Beziehungen zwischen Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen soll ein wesentliches Ziel der Pflegeversicherung verwirklichen: eine quantitativ ausreichende und qualitativ hochwertige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Pflegebedürftigen.

Die Pflegeeinrichtungen sollen Anspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung der von ihnen erbrachten Pflegeleistungen haben. Der Anspruch soll sich bei Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung gegen die zuständige Pflegekasse richten. Für Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Pflege hat der Pflegebedürftige selbst aufzukommen.

Privat Versicherte sollen die volle Pflegevergütung an die Pflegeeinrichtung zahlen, aber von ihrer privaten Pflegeversicherung die ihnen zustehende Geldleistung erhalten.

Art, Höhe und Laufzeit der Vergütung sollen zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung und den Pflegekassen mit Wirkung für alle Beteiligten vereinbart werden. Bei Nichteinigung soll eine unabhängige Schiedsstelle entscheiden, gegen deren Entscheidung der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben sein soll. Jede Pflegeeinrichtung ist frei, ob sie mit den Pflegekassen Vergütungsvereinbarungen trifft. Werden keine Pflegesatzvereinbarungen getroffen, erhält der Pflegebedürftige 80 % der entsprechenden Pflegekosten erstattet.

Sowohl die ambulante als auch die stationäre Pflegevergütung sollen durch die leistungsrechtlichen Höchstbeträge begrenzt werden. Eine Selbstkostendeckungsgarantie zugunsten der Pflegeheime ist nicht vorgesehen.

In allen Leistungsbereichen soll der Grundsatz der Beitragsstabilität beachtet werden. Vereinbarungen über die Höhe der Vergütung, die diesem Grundsatz widersprechen, sollen unwirksam sein.

Die Gesetzentwürfe sehen als allgemeine Grundsätze der Pflegeversicherung vor:

a) *Vorrang von Prävention und Rehabilitation vor Pflege*

Der Vorrang von Prävention und Rehabilitation vor der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen wird ausdrücklich geregelt. Es soll in jedem Einzelfall die Verpflichtung zur Prüfung und Durchführung der notwendigen und zumutbaren Maßnahmen zur Rehabilitation bestehen. Dies soll vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit, aber auch bei bestehender Pflegebedürftigkeit gelten. Um Pflegebedürftigkeit zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhindern, sind die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation, aber auch aktivierende und rehabilitative Elemente der Pflege gezielt einzusetzen. Die Pflegekassen haben dazu im Zusammenwirken mit den Trägern der ambu-

lantent und der stationären gesundheitlichen Versorgung koordinierende Funktionen wahrzunehmen. Sie können, falls erforderlich, vorläufige ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen erbringen, um Verschlimmerungen des Zustandes der Pflegebedürftigen zu verhindern.

b) *Vorrang der häuslichen Pflege*

Das Ziel der Pflegeversicherung, die häusliche Pflege aus humanen und finanziellen Erwägungen in besonderem Maße zu unterstützen und zu fördern, soll durch das Vorziehen der Leistungen für häusliche Pflege auf den 1. Januar 1994 besonders herausgestellt und durch die leistungsrechtlichen Vorschriften konkretisiert werden.

Der Ausbau der ambulanten bzw. häuslichen Pflege soll erreicht werden durch

- ein hohes Leistungsniveau im ambulanten Bereich, das im Regelfall für eine angemessene Pflege und Betreuung ausreicht;
- Einführung von Leistungen bei Tages-/Nacht- und Kurzzeitpflege;
- die soziale Sicherung der Pflegepersonen in der Renten- und Unfallversicherung;
- die Bereitstellung von Pflegehilfsmitteln zur Erleichterung der Pflege.

Mit der Einführung von Leistungen der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege soll eine Verbesserung der pflegerischen Infrastruktur einhergehen. Die Möglichkeiten der Verzahnung zwischen der häuslichen und der auf Dauer angelegten stationären Pflege seien derzeit nicht ausreichend zu nutzen, weil das Angebot entsprechender Pflegeplätze unzureichend sei.

c) *Wahlrechte des Pflegebedürftigen*

- Den Pflegebedürftigen sollen sofort ab Inkrafttreten 1994 die Sach- oder Geldleistungen für die häusliche Pflege zur Verfügung stehen, wobei die Sachleistung im Vordergrund stehen soll. Um den individuellen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen soweit wie möglich Rechnung zu tragen, sieht der Entwurf auch die Möglichkeit der Kombination von Sach- und Geldleistung vor.

- Ab 1996 soll gelten:

- Der Pflegebedürftige hat in Ausübung seines personellen Selbstbestimmungsrechts freie Wahl zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Wählt ein Pflegebedürftiger jedoch stationäre Pflege, obwohl diese nicht erforderlich ist, dann hat er nur Anspruch auf die Sachleistung, die ihm bei häuslicher Pflege entsprechend der Stufe der Pflegebedürftigkeit zustünde. Damit ist sichergestellt, daß die Ausübung des Wahlrechts nicht die Solidargemeinschaft belastet.

- Im stationären Bereich hat der Pflegebedürftige die freie Wahl unter den zugelassenen Einrichtungen.

d) Wünsche des Pflegebedürftigen

Die Leistungsgewährung im Rahmen der Pflegeversicherung soll nicht bevormunden, sondern mit dazu beitragen, die wesentlichen Voraussetzungen zur Führung eines menschenwürdigen Lebens bei Pflegebedürftigkeit zu schaffen. Wünschen und religiösen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen soll daher nachgekommen werden; allerdings könne die Solidargemeinschaft nur für angemessene Wünsche im Rahmen des Leistungsrechts eintreten.

e) Gemeinsame Verantwortung für die Pflegebedürftigen

Im Sinne einer neuen Kultur des Helfens — für die mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung die rechtlichen Grundlagen geschaffen werden — gelte es, das Bewußtsein für die Bedeutung einer humanen, zuwendungsorientierten Pflege und Betreuung für die zukünftige gesellschaftliche Entwicklung in Deutschland zu stärken.

Der Gesetzentwurf weist in Ausfüllung der gemeinsamen Verantwortung für die Pflegebedürftigen den Pflegeeinrichtungen die konkrete Versorgung im Einzelfall, den Pflegekassen die Sicherstellung der Versorgung ihrer Versicherten und den Ländern die Pflicht zu, eine ausreichende pflegerische Infrastruktur vorzuhalten.

f) Ergänzende private Vorsorge für den Pflegefall

Die Absicherung des Pflegerisikos im Rahmen der solidarischen Pflegeversicherung soll offen sein für eine Ergänzung im Rahmen privater Vorsorge. Die Pflegeversicherung habe nicht zum Ziel, eine „Rundum-Pflege und Betreuung“ sicherzustellen, sondern sie soll eine Grundversorgung gewährleisten, die im Regelfall ausreicht. Ergänzende private Vorsorgeanstrengungen seien wünschenswert und sollen durch das Pflege-Versicherungsgesetz gefördert werden. Es ist vorgesehen, zur Stärkung der freiwilligen Vorsorge einen zusätzlichen Sonderausgabenabzug im Rahmen der Vorsorgeaufwendungen in Höhe von 360 DM pro Person und Jahr für eine freiwillige Pflege-Zusatzversicherung einzuführen.

2. Entwurf eines Gesetzes zur Einführung einer gesetzlichen Pflegeversicherung (Pflege-Versicherungsgesetz — PflegeVersG) — Drucksache 12/1156 (neu) —

Auch der Gesetzentwurf der Fraktion der SPD sieht die Schaffung einer Pflegeversicherung vor, und zwar als eigenständige Säule der Sozialversicherung. Versicherungsspflichtig werden sollen grundsätzlich alle

Einwohner, auch Selbständige und Beamte. Durchgeführt werden soll die Pflegeversicherung von den gesetzlichen Krankenkassen; allerdings sollen Leistungen und Beiträge der Pflegeversicherung getrennt erfaßt und abgerechnet werden.

Nach dem vorgeschlagenen Leistungskatalog sollen alle Pflegebedürftigen grundsätzlich ein Wahlrecht zwischen ambulanter und stationärer Pflege haben. Entsprechend dem Vorrang der häuslichen Pflege sollen die Leistungen zur Verbesserung der dafür vorhandenen Bedingungen den Schwerpunkt des Gesetzes bilden.

Für die Leistungen bei häuslicher Pflege sieht der Gesetzentwurf eine Staffelung nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit vor, womit dem unterschiedlichen Grad der Betroffenheit Rechnung getragen werden soll.

Grundlage der Leistungen solle eine häusliche Pflegehilfe durch professionelle Fachkräfte im Regelfall von bis zu 60 Stunden im Monat sein. Alternativ sollen die Pflegebedürftigen ein nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffeltes Pflegegeld von 500 bis 1 500 DM monatlich in Anspruch nehmen können. Wer sich für die häusliche Pflegehilfe als Sachleistung entscheidet, soll ein auf lediglich ein Drittel gekürztes Pflegegeld erhalten.

Das Wahlrecht zwischen Sach- und Geldleistungen soll den Betroffenen eine individuelle und bedarfsgerechte Gestaltung der benötigten Pflegeleistungen ermöglichen. Bei erheblich Pflegebedürftigen soll das Pflegegeld vor allem dazu beitragen, die mit Pflegebedürftigkeit verbundenen Mehraufwendungen zumindest teilweise auszugleichen.

Im Bereich der ambulanten Pflege sieht der Gesetzentwurf ferner eine auf höchstens 30 Kalendertage jährlich befristete Übernahme der Kosten einer Ersatzpflegekraft oder einer stationären Kurzzeitpflege vor. Vorgesehen ist des Weiteren die Einbeziehung der Pflegepersonen in der gesetzlichen Rentenversicherung sowie die gesetzliche Unfallversicherung.

Als flankierende Maßnahmen enthält der Gesetzentwurf:

- Beratungspflicht des Trägers der Pflegeversicherung;
- volle Übernahme von Fahrt- und Transportkosten;
- Gewährung von Wohnungshilfen zur Verhinderung stationärer Pflege.

Bei einer notwendigen stationären Pflege soll die Pflegeversicherung sämtliche Pflegekosten übernehmen. Dagegen soll der Versicherte — wie bei häuslicher Unterbringung — die Kosten des Lebensunterhaltes, also die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, selbst tragen.

Aufgabe der öffentlichen Hand soll es sein, eine bedarfsgerechte Infrastruktur für Pflegebedürftige sicherzustellen, das heißt durch Übernahme der Investitionskosten für das entsprechende Angebot an

Sozialstationen, Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen und Pflegeheimen zu sorgen.

Zur Deckung der Ausgaben soll bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung (1993: West: 7 200 DM; Ost: 5 300 DM) ein Beitragssatz von 1,4% erhoben werden, der bei Beschäftigten zur Hälfte von den Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen werden soll. Selbständige sollen ihre Beiträge allein tragen. Bei Sozialleistungsempfängern soll der jeweilige Leistungsträger die Hälfte des Beitrages übernehmen. Minderjährige Kinder und Personen, die wegen Erziehung minderjähriger Kinder nicht erwerbstätig sind, sollen beitragsfrei versichert werden. Eine Kompensation der Arbeitgeberbeiträge ist durch den Gesetzentwurf nicht vorgesehen.

Dem Gesamtkonzept des Gesetzentwurfes liegen folgende Elemente zugrunde:

a) Pflichtversicherung für alle

Weil das Risiko der Pflegebedürftigkeit jedermann treffen könne und hinsichtlich des Pflegebedarfs zwischen gleichermaßen Pflegebedürftigen unterschiedlichen Alters keine Differenz bestehe, hält der Gesetzentwurf die Einbeziehung der Gesamtbevölkerung in die soziale Absicherung der Pflegebedürftigkeit für unverzichtbar. In Anbetracht der hohen Kosten, die bei Pflegebedürftigkeit über einen längeren Zeitraum entstehen und selbst umfangreiche Privatvermögen in kurzer Zeit aufzehren können, sei eine ausreichende Absicherung auf der Grundlage individueller Vorsorge kaum möglich. Daher solle durch eine Versicherung für alle niemand ausgegrenzt und die Finanzierung durch die größtmögliche Solidargemeinschaft sichergestellt werden.

b) Sofortige Einbeziehung der heute Pflegebedürftigen

Sozialpolitisch besonders dringlich sei die Hilfe für all diejenigen, die schon heute pflegebedürftig seien oder aufgrund ihres Alters bald werden könnten. Deshalb sollen alle Vorschriften sofort und ohne Abstriche gelten.

c) Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen

Durch die Neugestaltung der Absicherung bei Pflegebedürftigkeit soll Pflegebedürftigen ein selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden. Obwohl es Ziel sei, die häusliche Pflege zu fördern, müsse aus dem Prinzip der Selbstbestimmung folgen, daß der Pflegebedürftige ein Wahlrecht zwischen ambulanter und stationärer Pflege habe. Jeder Pflegebedürftige solle grundsätzlich selbst entscheiden, welche Pflegeleistungen er in Anspruch nehmen wolle.

d) Vorrang der häuslichen Pflege

Im Regelfall komme die häusliche Pflege den Wünschen des Pflegebedürftigen mehr entgegen als die Aufnahme in eine stationäre Einrichtung. Deshalb liege das Postulat des Vorrangs häuslicher Pflege dem gesamten Leistungskatalog des Gesetzes zugrunde. Er solle den Pflegebedürftigen selbst sowie seine Angehörigen und Freunde zur häuslichen Pflege motivieren und bei der Wahrnehmung dieser Aufgabe entlasten.

e) Soziale Sicherung der Pflegepersonen

Wer den Vorrang der häuslichen Pflege ernsthaft wolle, müsse nicht nur den Pflegebedürftigen selbst, sondern auch den Pflegepersonen wirksam helfen. Hauptträger häuslicher Pflege seien die Familien, insbesondere die Frauen. Die Wahrnehmung der Pflegeaufgabe zwingt gerade sie häufig, auf die Ausübung einer Erwerbstätigkeit und damit auf den Aufbau einer eigenen Altersvorsorge zu verzichten. Hier werde durch die Anerkennung der Pflegezeiten in der Rentenversicherung ein Ausgleich geschaffen.

f) Prävention und Rehabilitation

Prävention und Rehabilitation messe der Gesetzentwurf einen erheblichen Stellenwert bei. Durch Beratung und persönliche Hilfen sollen Pflegebedürftigen und Pflegepersonen Wege zur besseren Bewältigung der häuslichen Pflege aufgezeigt werden. Insgesamt seien die Leistungen so angelegt, daß sie es ermöglichen, die Gefahr einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu vermindern. Insbesondere seien die Möglichkeiten im Bereich der geriatrischen und der gerontopsychiatrischen Rehabilitation besser als bislang auszuschöpfen.

g) Ausbau der ambulanten Dienste und Pflegeheime

Der Vorrang der häuslichen Pflege erfordere ein bedarfsgerechtes und flächendeckendes ambulantes Versorgungsnetz. Nur so könne gewährleistet werden, daß der Pflegebedürftige die benötigte Hilfe erhalte und häusliche Pflegeleistungen der Familie durch Fachkräfte ergänzt würden. Derzeit gebe es in diesem Bereich noch erhebliche Lücken. Es werde jedoch davon ausgegangen, daß der Leistungskatalog bei häuslicher Pflege und die dadurch entstehende Nachfrage nach Pflegeleistungen es den Trägern ambulanter Dienste erleichtern werde, derartige Einrichtungen zu schaffen und zu betreiben.

Da die Länder und Kommunen durch das vorgesehene Gesetz bei der Sozialhilfe spürbar entlastet würden, könne von diesen erwartet werden, daß sie im Rahmen der ihnen obliegenden Daseinsvorsorge den Ausbau des ambulanten Versorgungsnetzes ein-

schließlich von Tagespflege- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen und der Pflegeheime verstärkt fördern.

h) Herauslösung aus der Sozialhilfe

Ein wesentliches Ziel des Gesetzentwurfes sei es, die Pflegebedürftigen soweit wie möglich aus der Sozialhilfe herauszulösen. Dies schließe die volle Übernahme des Pflegekostenanteils am stationären Pflegesatz ein. Auch in Zukunft werde jedoch nicht zu vermeiden sein, daß Pflegebedürftige, die ihren Lebensunterhalt nicht selbst bestreiten könnten, Sozialhilfeempfänger blieben. Entscheidend sei aber, daß Pflegebedürftigkeit selbst künftig keine Ursache mehr für Sozialhilfebezug sein werde.

3. Entwurf eines Gesetzes zur sozialstaatlichen Gewährleistung von Assistenz, Anleitung und/oder Pflege (Pflege-Assistenz-Gesetz) — Drucksache 12/4099 —

Der Gesetzentwurf der Gruppe der PDS/Linke Liste sieht zur Lösung des Pflegeproblems ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz vor. Anspruchsberechtigt sollen Personen sein, die infolge körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung nicht nur vorübergehend in ihrer selbständigen Lebensführung so eingeschränkt sind, daß sie bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sowie zur Wahrnehmung ihrer individuellen Rechte und Pflichten der Assistenz, Anleitung und/oder Pflege durch Dritte bedürfen, wobei die Anspruchsberechtigung unabhängig von der Ursache der Notwendigkeit von Assistenz, Betreuung und/oder Pflege sein soll.

Die den anspruchsberechtigten Personen zustehenden Leistungen sollen einkommens- und vermögensunabhängig gewährt werden und sich an dem tatsächlichen Bedarf der/des Anspruchsberechtigten zum Ausgleich der alters-, krankheits- und behinderungsbedingten Einschränkungen orientieren.

Im einzelnen sieht der Gesetzentwurf die Gewährung von Geldleistungen für Assistenz, Anleitung, häusliche Pflege und Heimpflege vor. Darüber hinaus sollen im Bedarfsfall Begleitungsgeld, Hilfe im Haushalt, Wohnungsbeihilfe, Erholungshilfe, Hilfsmittel, sonstige finanzielle Zuwendungen sowie Beratung gewährt werden. Dabei sollen sämtliche Leistungsformen soweit erforderlich auch in Kombination gewährt werden.

Das Pflege-Assistenz-Geld, das jährlich dynamisiert werden soll, sollen in der Regel die Anspruchsberechtigten direkt bekommen, um darüber allein und selbständig verfügen zu können. Seine Höhe soll sich allein nach der Anzahl der Stunden richten, die für Assistenz, Anleitung und/oder Pflege notwendig sind.

Dem Gesetzentwurf zufolge sollen die Anspruchsberechtigten selbst darüber entscheiden können, wer

und welche Einrichtung die Sachleistungen erbringen soll. Vorgesehen ist ferner, bei den parlamentarischen Gremien auf den verschiedenen politischen Ebenen Pflegebeauftragte einzurichten. Daneben soll ein Pflegebeirat installiert werden, in dem alle an der pflegerischen Versorgung maßgeblich Beteiligten mitwirken sollen. Notwendige Begutachtungen sollen nicht allein aus ärztlicher Sicht erfolgen, sondern durch eine Pflege-Kommission.

Die in dem Gesetzentwurf vorgesehenen Leistungen sollen vom Bund getragen werden. Die Gewährung der Leistungen soll im wesentlichen durch die zuständigen Versorgungsämter erfolgen.

4. Antrag zur Sozialen Absicherung einer besseren Pflege — Drucksache 12/1712 —

Mit dem Antrag soll die Bundesregierung unter anderem aufgefordert werden, umgehend einen Gesetzentwurf vorzulegen, der eine solidarische Absicherung von Pflege vorsieht. Eine solche Pflegeabsicherung soll als neuer Zweig der Sozialversicherung unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung eingerichtet werden, wobei Beitragsaufkommen und Finanzierung wie folgt geregelt werden sollen:

- Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen und Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen sollen jeweils einen gleich hohen Beitrag entrichten.
- Der Beitragssatz soll 3 % des versicherungspflichtigen Einkommens betragen, womit ein Leistungsvolumen von ca. 45 Mrd. DM zur Verfügung stünde.
- Die Beitragsbemessungsgrenze soll der der Rentenversicherung entsprechen.
- Beamte und Selbständige sollen ebenfalls beitragspflichtig sein, das heißt, in die soziale Pflegeversicherung einbezogen werden.
- Für Sozialleistungs- und Sozialhilfeempfänger und Sozialhilfeempfängerinnen sollen die jeweiligen Leistungsträger die Beitragszahlung übernehmen.
- Die Beitragszahlung für nichterwerbstätige Erwachsene, die Kinder (unter zwölf Jahren) erziehen oder pflegebedürftige Menschen betreuen, soll der Bund übernehmen.

Die Antragsteller fordern, daß die Leistungen der Pflegeversicherung im Umlageverfahren finanziert werden; um jedoch demographisch bedingten zukünftigen Höherbelastungen vorzubeugen, soll ein Teil des Beitragsaufkommens als Kapitalstock für zukünftige Leistungen in einen zweckgebundenen Fonds einbezahlt werden.

Des weiteren soll die Pflegeabsicherung nach den Vorstellungen der Antragsteller unter anderem die ambulanten wie stationären Pflegekosten voll entsprechend dem individuellen Bedarf übernehmen, pflegebedürftige Menschen in die Lage versetzen, selbst zu bestimmen, von wem sie gepflegt werden und wo sie leben wollen, strukturelle Veränderungen

mit dem Ziel initialisieren, die Rechte der Betroffenen und deren Selbstbestimmung zu stärken sowie der außerstationären Pflege unabhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit einen deutlichen Vorrang einräumen.

Die inhaltliche Ausgestaltung des Leistungsspektrums soll vorsehen, daß die Geldleistungen direkt an die pflegebedürftigen Personen gezahlt werden, bei ambulanter Pflege die Pflegebedürftigen zwischen Geld- und Sachleistungen wählen können, zusätzliche öffentliche Mittel bereitgestellt werden, um die infrastrukturellen Voraussetzungen für die Wahrnehmung der Wahlfreiheit zu schaffen, die ambulante Infrastruktur ausgebaut wird, Dienste vernetzt, Selbstorganisation und Selbsthilfe gestärkt, Pflege-Mindeststandards festgelegt, Pflegepersonen sozial abgesichert und unter anderem Pflege-Wohngruppen als förderungswürdige Alternative angesehen werden.

III. Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung

1. Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 660. Sitzung am 24. September 1993 gemäß Artikel 76 Abs. 2 Grundgesetz zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung wie folgt Stellung genommen (Drucksache 12/5761):

„Die Einführung einer sozialen Pflegeversicherung ist eines der wichtigsten sozialpolitischen Vorhaben dieser Legislaturperiode.

Der Bundesrat bekräftigt sein nachdrückliches Interesse am Zustandekommen einer sozialverträglichen Gesetzesregelung zur Absicherung des Pflegerisikos.

Der Bundesrat stellt fest, daß ihm eine beratungsfähige Vorlage zur Pflegeversicherung und deren Finanzierung nicht vorliegt. Weder ist die von der Bundesregierung vorgesehene Kompensation über die sogenannten Karenztage zurückgezogen, noch sind alternative Finanzierungsmodelle fristgerecht dem Bundesrat zur Stellungnahme zugeleitet worden.

Schon aus diesem Grunde lehnt der Bundesrat den vorliegenden Entwurf eines Pflegeversicherungsgesetzes zum gegenwärtigen Zeitpunkt ab und sieht mangels beratungsfähiger Vorlage von einer Stellungnahme zu dem durch die Diskussion der letzten Tage obsolet gewordenen Entgeltfortzahlungsgesetz ab.“

2. Gegenäußerung der Bundesregierung

In ihrer Stellungnahme vom 4. Oktober 1993 wies die Bundesregierung den Einwand des Bundesrates zurück (Drucksache 12/5891):

„Dem Bundesrat liegt ein Gesetzentwurf vor, der die Situation pflegebedürftiger Menschen nachhaltig verbessert und auf eine neue Grundlage stellt. Der Entwurf ermöglicht eine sachgerechte, dauerhafte und vor allem sozial ausgewogene Lösung der Pflegeproblematik.

Auch nach Einschätzung des Bundesrates ist die Einführung einer sozialen Pflegeversicherung eines der wichtigsten sozialpolitischen Vorhaben dieser Legislaturperiode. Die ablehnende Haltung des Bundesrates, zu den Inhalten des Entwurfs eines Pflegeversicherungsgesetzes Stellung zu nehmen, steht hierzu in deutlichem Widerspruch. Die anhaltende Diskussion über die Finanzierung der Pflegeversicherung und die Ankündigung der Parteien der Regierungskoalition, die Kompensation der Arbeitgeberbelastung nunmehr durch eine Kürzung der Lohnzahlung an Feiertagen oder wahlweise die Anrechnung von zwei Urlaubstagen sicherzustellen zu wollen, rechtfertigen nicht die Weigerung des Bundesrates, sich mit dem vorgelegten Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Absicherung des Pflegerisikos zu befassen.

Der Entwurf des Entgeltfortzahlungsgesetzes sowie der Entwurf des Pflege-Versicherungsgesetzes stehen zwar in einem inneren Zusammenhang. Dies darf jedoch nicht dazu führen, daß die Kritik an einem dieser Entwürfe auch zur Ablehnung der Behandlung des anderen Entwurfs führt.

Gerade im Hinblick auf das im Beschluß des Bundesrates betonte gemeinsame Interesse am Zustandekommen einer sozialverträglichen Gesetzesregelung zur Absicherung des Pflegerisikos wäre eine Stellungnahme in der Sache notwendig gewesen.“

IV. Wesentliche Erkenntnisse der vom Ausschuß durchgeführten Anhörungen

Im Laufe seiner Beratungen zu den Vorlagen zur Einführung eines Pflegeversicherungsgesetzes hat der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung zwei mehrtägige Anhörungen durchgeführt. Entsprechend dem in der 35. Sitzung am 15. Januar 1992 gefaßten Beschluß erfolgte am 21., 22. Mai und 3. Juni 1992 (43., 44. und 45. Sitzung) in Berlin bzw. Bonn eine Anhörung, die sich auf die Drucksache 12/1156 (neu) bezog. Eine zweite Anhörung zu den Drucksachen 12/5617, 12/5262, 12/4099 und 12/1712 fand gemäß Beschluß vom 2. Juli 1993 am 16. und 17. September 1993 (88. und 89. Sitzung) in Bonn statt.

Die schriftlichen und mündlichen Beiträge der Teilnehmer der öffentlichen Anhörungen sind in die Beratungen des Ausschusses einbezogen worden. Über die nachfolgenden kurzen Zusammenfassungen hinaus wird auf die stenographischen Protokolle der Anhörungen (43., 44., 45., 86. und 87. Sitzung des Ausschusses) sowie auf die als Ausschußdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Verbände, Organisationen und Einzelsachverständigen Bezug genommen.

1. Anhörung zum Gesetzentwurf der Fraktion der SPD am 21., 22. Mai und 3. Juni 1992

Der Themenkatalog umfaßte die Punkte:

- I. Ausgangslage
 1. Zahl der Pflegebedürftigen, demographische Entwicklung
 2. Die Situation in den neuen Bundesländern
 3. Auswirkungen des GRG
 - häusliche Pflege
 - stationäre Pflege
 4. Bestandsaufnahme und Defizite der Pflege-Infrastruktur
 - häusliche Pflege
 - stationäre Pflege
 - teilstationäre Pflege
- II. Gesamtkonzept
 1. Anforderungen an ein Gesamtkonzept
 2. Sozialversicherung — gesetzliche Pflichtversicherung bei privaten Versicherungsunternehmen
 3. Andere Lösungswege
 - freiwillige Versicherung
 - Leistungsgesetz
 - Mischmodelle
 4. Versicherter Personenkreis
 - Gesamtbevölkerung
 - Beschränkung auf GKV-Versicherte
 - Befreiungsmöglichkeiten
 5. Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer
- III. Notwendige Leistungen
 1. Leistungsberechtigter Personenkreis
 - Begriff und Abstufung der Pflegebedürftigkeit
 - Einbeziehung der heute Pflegebedürftigen
 2. Ambulante Pflege
 - Geld- und/oder Sachleistung
 - Höhe, Abstufung und Begrenzung
 3. Stationäre Pflege
 - Geld- und/oder Sachleistung
 - Höhe, Abstufung und Begrenzung
 4. Prävention und Rehabilitation von Pflege
 5. Soziale Sicherung der Pflegepersonen
 6. Flankierende Leistungen

7. Verhältnis zu anderen Leistungsbereichen
 - BSHG
 - SGB V
 - andere Gesetze

IV. Finanzierung und Organisation

1. Beitragsbemessungsgrenze
2. Beitragssatz
3. Beitragsfreier Personenkreis
4. Kostendreiteilung bei stationärer Pflege
5. Beteiligung des Bundes
6. Anschubfinanzierung für die neuen Länder
7. Investitionsförderung und Bedarfsplanung
8. Eigenständige Pflegekasse oder eigenständige Pflegeversicherung unter dem organisatorischen Dach der Krankenkassen
9. Finanzausgleich

An den drei Anhörungstagen waren vertreten:

Deutscher Landkreistag
 Deutscher Städtetag
 Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe
 Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge
 Städte- und Gemeindebund
 Verband der Kriegs- und Wehrdienststopfer, Behinderten und Sozialrentner Deutschlands
 Reichsbund der Kriegsofoper, Behinderten, Sozialrentner und Hinterbliebenen
 Lebenshilfe
 Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter
 BAG der Clubs Behinderter und ihre Freunde
 Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte
 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
 Deutscher Frauenrat
 Arbeitsgemeinschaft der Familienverbände
 Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen
 Deutsche Krankenhausgesellschaft
 Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime
 Kommissariat der Deutschen Bischöfe
 Rat der Evangelischen Kirche Deutschlands
 Deutscher Gewerkschaftsbund
 Deutsche Angestellten-Gewerkschaft
 Gewerkschaft öffentliche Dienste, Transport und Verkehr
 Deutscher Beamtenbund
 Christlicher Gewerkschaftsbund
 Union leitender Angestellter
 Allgemeiner Kranken- und Altenpflegeverband
 Deutscher Berufsverband für Krankenpflege
 Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege
 Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Zentralverband des Deutschen Handwerks
Aktionsgemeinschaft Mittelstand
Bundesverband der Selbständigen

Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrts-
pflege
Arbeiterwohlfahrt
Deutscher Caritasverband
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
Diakonisches Werk

AOK-Bundesverband
Bundesverband der Betriebskrankenkassen
Bundesverband der Innungskrankenkassen
Bundesverband der landwirtschaftlichen Kranken-
kassen
Verband der Arbeiter-Ersatzkassen
Verband der Angestellten-Ersatzkassen

Bundesverband der Unfallversicherungsträger der
öffentlichen Hand
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
BfA — Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirt-
schaft
Verband der privaten Krankenversicherung
Verband der Lebensversicherungsunternehmen

Deutsche Bundesbank

Bundesärztekammer
Marburger Bund
NAV — Niedergelassene Ärzte Deutschlands
Kassenärztliche Bundesvereinigung

Dr. Margret Dieck, Berlin
Professor Dr. Klaus-Dirk Henke, Hannover
Professor Dr. Karl-Jürgen Bieback, Hamburg
Professor Dr. Winfried Schmähl, Bremen
Professor Dr. Gerhard Igl, Hamburg
Dr. Manfred Scholle, Münster
Jürgen Demloff, Berlin
Professor Dr. Bernhard Felderer, Bochum
Professor Dr. Peter Krause, Trier
Dr. Bernd Schulte, München
Helmut Staiber, Meckenbeuren
Dr. Margherita Zander, Wiesbaden

In ihren Stellungnahmen brachten die Sachverständigen übereinstimmend zum Ausdruck, daß eine Absicherung des Pflegefallrisikos zu den derzeit dringlichsten Gesetzesvorhaben zählt. Grundsätzlich überwog die Zustimmung zu dem Gesetzentwurf der Fraktion der SPD (Drucksache 12/1156 neu). Kontrovers diskutiert wurde jedoch unter anderem über die Organisationsform und die Finanzierung bzw. Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung.

Die kommunalen Spitzenverbände begrüßten grundsätzlich den vorliegenden Gesetzentwurf.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sah in dem Gesetzentwurf die Lösung des Problems der finanziellen Absicherung des Pflegerisikos. Daher entspreche der vorliegende Entwurf in seinen Eckwerten den Forderungen der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Allerdings berge der Entwurf in einzelnen Bestimmungen (versicherter Personenkreis, leistungsberechtigter Personenkreis,

ambulante Pflege/stationäre Pflege) noch Probleme in sich.

Auch der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge begrüßte den Gesetzentwurf. Hinsichtlich der Leistungen einer gesetzlichen Pflegeversicherung schlägt der Verein allerdings vorrangig Geldleistungen und nur subsidiär Sachleistungen vor. So könne der grundsätzliche Vorrang der häuslichen Pflege vor teilstationärer oder stationärer Pflege besser verwirklicht werden.

Die Kriegsopfer- und Behindertenverbände bewerteten den vorliegenden Gesetzentwurf positiv. Es wurde hervorgehoben, daß der vorliegende Entwurf ein positiver Schritt zur längst fälligen Absicherung des Pflegerisikos bedeute.

Der Reichsbund der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten, Sozialrentner und Hinterbliebenen trat allerdings zur Finanzierung der Pflegeversicherung für ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz ein. Er stimme daher dem Gesetzentwurf nicht zu, soweit die Finanzierung der Pflegeversicherung durch gleich große Beiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber erfolgen solle.

Auch die Kirchen, die Familien- und Seniorenverbände sowie die Träger der stationären Einrichtungen standen dem vorliegenden Entwurf eines Pflegeversicherungsgesetzes positiv gegenüber.

Der Rat der Evangelischen Kirche am Sitz der Bundesrepublik Deutschland betonte, der Entwurf berücksichtige wichtige Anliegen der Evangelischen Kirche. Nunmehr sei dringlich, zu einer umfassenden Gesetzgebung zur Minderung des Risikos der Pflegebedürftigkeit zu kommen.

Auch das Kommissariat der Deutschen Bischöfe Bonn begrüßte den Gesetzentwurf, wobei betont wurde, daß eine Absicherung des Pflegerisikos die Einbeziehung von Hospizen zusätzlich zur häuslichen und stationären bzw. teilstationären Hilfe erfordere.

Die deutschen Gewerkschaften sahen in der vorliegenden Gesetzesvorlage eine wichtige Konkretisierung der in der Diskussion befindlichen Modelle.

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) sah die Pflegebedürftigkeit als Ausdruck des allgemeinen Lebensrisikos, das jeden Menschen treffen könne. Die diskutierten privatrechtlichen Modelle zur Absicherung des Pflegerisikos, so der DGB, lehne er ab. Auch die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft lehnte eine gesetzliche Pflegeversicherung bei privaten Versicherungsunternehmen entschieden ab.

Ebenso begrüßte der Deutsche Beamtenbund in seiner Stellungnahme den von der Fraktion der SPD eingebrachten Gesetzentwurf.

Dagegen gingen die Deutschen Arbeitgeberverbände von einem sog. Zweikomponenten-Modell aus, dessen Grundlage die private Absicherung des Pflegerisikos ist. Dementsprechend wurde der vorliegende Gesetzentwurf abgelehnt. Auch der Zentralverband des Deutschen Handwerks lehnte eine sozialversicherungsrechtliche Absicherung des Pflegerisikos unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung ab,

da ein Beitrag der Arbeitgeber nicht sachgerecht sei und zu einem weiteren Anstieg der Lohnzusatzkosten führen würde. Dies sei für den Mittelstand nicht verkraftbar. Ebenso wandte sich die Aktionsgemeinschaft Wirtschaftlicher Mittelstand e. V. gegen das vorliegende Modell, da eine Finanzierung auch durch die Arbeitgeber nicht sachgerecht sei. Auch könne angesichts von 2 % Pflegefällen nicht davon ausgegangen werden, daß es sich bei der Pflegebedürftigkeit um ein allgemeines Lebensrisiko handele.

Demgegenüber sprachen sich die Vertreter der freien Wohlfahrtspflege für eine Beteiligung auch der Arbeitgeber aus. Sie begrüßten den eingebrachten Gesetzentwurf. Das Deutsche Rote Kreuz betonte in diesem Zusammenhang, daß die Pflegeversicherung unter dem Dach der Krankenversicherung angesiedelt werden solle, da dort eine entsprechende Organisationsstruktur vorhanden sei.

Die Krankenkassen begrüßten in ihrer Stellungnahme grundsätzlich den vorliegenden Entwurf eines Pflegeversicherungsgesetzes.

Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen betonte, daß in einzelnen Punkten (Absicherung im Pflegefall, Finanzierung und Organisation) jedoch bessere Lösungen denkbar wären. So würde die Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung die aus dem Wettbewerb resultierenden Vorteile der gegliederten Krankenversicherung, nämlich Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit, Innovations- und Serviceorientierung, ausschalten.

Der IKK-Bundesverband erteilte einer freiwilligen Versicherung eine klare Absage und favorisierte eine Ausgestaltung als „Volksversicherung“ unter Berücksichtigung einer finanziellen Beteiligung der öffentlichen Hand.

Der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. machte in seiner Stellungnahme deutlich, daß die Ersatzkassen grundsätzlich bereit seien, die Durchführung der Pflegeversicherung zu übernehmen.

Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) betonte in ihrer Stellungnahme, daß die Rentenausgaben infolge der Pflegeversicherung steigen würden, was bedeute, daß der Beitragssatz der Rentenversicherung um ca. 0,15 % höher festgesetzt werden müsse.

Der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger stellte fest, daß die angestrebte Konzeption einem Leistungsgesetz nahekomme. Daher sei es sachgerecht, die Pflegeversicherung über Steuern zu finanzieren.

Die private Versicherungswirtschaft bevorzugte eine Finanzierung der Pflegeversicherung als freiwillige Versicherung. Dadurch werde die private Wirtschaft nicht weiter belastet. Allerdings seien Mischmodelle denkbar, d. h. eine Grundsicherung in der Sozialversicherung und eine Zusatzversicherung in der Privatversicherung.

Die Krankenversicherer stünden allerdings bereit zur Durchführung der Pflegeversicherung bei privaten Versicherungsunternehmen, wenn der Gesetzgeber auf einer Pflichtversicherungslösung beharren sollte.

Die Ärzteverbände vertraten die Auffassung, daß ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz der beste Weg zur Neuordnung der Finanzierung von Pflegeleistungen sei. Denn nur ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz könne sowohl die Ausuferung der Kosten verhindern als auch die gegenwärtigen Pflegebedürftigen sofort und angemessen in die Leistungen einbeziehen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellte eine Übereinstimmung mit der Gesamtkonzeption des Entwurfs der Fraktion der SPD fest. Die Pflegeversicherung solle eigenständiger Zweig der Sozialversicherung mit organisatorischer Anbindung an die gesetzliche Krankenversicherung werden.

Die Einzelgutachter/Einzelgutachterinnen kamen bei der Bewertung der Gesetzesvorlagen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Unterschiedlich bewertet wurden die Organisationsstruktur der Pflegeversicherung, deren Finanzierung, die Beteiligung der Arbeitgeber an der Finanzierung sowie der Kreis der versicherten Personen.

2. Anhörung zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. und zum Gesetzentwurf der Gruppe der PDS/Linke Liste am 16. und 17. September 1993

Der Themenkatalog umfaßte die Punkte:

- I. Leistungen, Beiträge und Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung
 1. Begriff, Abstufung, Feststellung der Pflegebedürftigkeit
 2. Leistungsstruktur ambulante und stationäre Pflege
 3. Anpassung der Leistungen
 4. Soziale Sicherung der häuslichen Pflegekräfte
 5. Anpassung der Beihilfe an die Leistungen der Pflegeversicherung
 6. Beitrag, Beitragsbemessungsgrenze und Veränderung des Beitragssatzes
 7. Einsparungen bei den Krankenkassen und der Sozialhilfe
 8. Beteiligung des Bundes/Bundeszuschuß
 9. Monistische Finanzierung
 10. EG-rechtliche Aspekte (z. B. Sozialleistungs-export)
- II. Organisation der sozialen Pflegeversicherung und Vertragsgestaltung zwischen Pflegekassen und Leistungserbringern
 1. Pflegekassen unter dem Dach der Krankenkassen, Anlaufprobleme und Verwaltungskosten
 2. Medizinischer Dienst
 3. Versorgungsverträge und Vergütungsverträge

4. Einrichtungen ohne Pflegesatzverhandlungen	Kommissariat der Deutschen Bischöfe Bevollmächtigter des Rates der EKD am Sitz der Bundesrepublik Deutschland
III. Versicherter Personenkreis und Ausgestaltung der privaten Pflegeversicherung	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände Bundesverband der Fachverbände des Deutschen Handwerks Deutscher Industrie- und Handelstag (DIHT)
1. Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung	Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) Deutsche Angestellten-Gewerkschaft (DAG) Deutscher Beamtenbund (DBB) Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV)
2. Kontrahierungszwang, Prämien-gestaltung, Leistungen	Union der Leitenden Angestellten (ULA) Christlicher Gewerkschaftsbund Deutschlands (CGB)
3. Begutachtung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der privaten Pflegeversicherung	Deutscher Berufsverband für Altenpflege Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege Arbeitgeberverband ambulanter Pflegedienste Bundesärztekammer Kassenärztliche Bundesvereinigung Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
4. Gemeinschaftsunternehmen der privaten Krankenversicherung zur Durchführung der privaten Pflege-Pflichtversicherung	Verband der Kriegs- und Wehrdienststopfer, Behinderten und Sozialrentner Deutschlands Reichsbund der Kriegs- und Wehrdienststopfer, Behinderten, Sozialrentner und Hinterbliebenen Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte Allgemeiner Behindertenverband i. D. Mecklenburg-Vorpommern e. V.
IV. Ausgleich der Belastungen der Wirtschaft	Professor Dr. Winfried Schmähl, Bremen Professor Dr. Otto Ernst Krasney, Kassel Senatsrat Gerd Wenzel, Bremen Dr. Margret Dieck, Berlin Evelyn Kenzler, Berlin
<i>An den zwei Anhörungstagen waren vertreten:</i>	Die Arbeitgeberorganisationen, Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände (BdA) und Bundesverband der Fachverbände des Deutschen Handwerks kritisierten, daß dem Gesetzentwurf zufolge die Belastung der Arbeitgeber durch die Beiträge an die Pflegeversicherung feststehe, es aber unklar sei, wie die Kompensation aussehen solle. Die Einführung einer Pflegeversicherung müsse darüber hinaus aus der Sicht der Praktikabilität betrachtet werden. Dazu gehöre auch die politische Umsetzbarkeit. Bei Karenztagen im Krankheitsfall gebe es den Widerstand der Gewerkschaften, bei der Abschaffung von Feiertagen zum Ausgleich für den Arbeitgeberanteil sei mit Widerstand der Kirchen zu rechnen. Praktikabler seien Abschlüsse von Feiertagsentgelten.
AOK-Bundesverband	Die Arbeitnehmervertreter begrüßten den Ansatz des Gesetzentwurfs, der häuslichen Pflege Vorrang vor stationärer Behandlung zu geben. Dabei müsse aber bedacht werden, so die Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV), daß die Familien zunehmend zerbrechen. Daher sei vermehrt ausgebildetes Personal notwendig. Der Deutsche Ge-
Bundesverband der Innungskrankenkassen	
Bundesverband der Betriebskrankenkassen	
Verband der Angestellten-Krankenkassen	
Verband der Arbeiter-Ersatzkassen	
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen	
Bundesknappschaft	
Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen	
Verband der privaten Krankenversicherung	
Verband der Lebensversicherungsunternehmen	
Gesamtverband der privaten Versicherungswirtschaft	
Deutscher Städte- und Gemeindebund	
Deutscher Landkreistag	
Deutscher Städtetag	
Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe	
Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge	
Arbeiterwohlfahrt, Bundesverband	
Deutscher Caritasverband	
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband	
Diakonisches Werk	
Deutsches Rotes Kreuz	
Freie Altenhilfe auf Bundesebene	
Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime	
Bundesverband der Alten- und Behindertenhilfe	
Deutsche Krankenhausgesellschaft	
Arbeitsgemeinschaft privater Heime	
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger	
Bundesverband der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand	
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte	
Deutscher Familienverband	
Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen	
Kuratorium Deutsche Altenhilfe	
Familienbund der Deutschen Katholiken	
Evangelische Aktionsgemeinschaft für Familienfragen	

werkschaftsbund (DGB) betonte, das Leistungsniveau des Koalitionsentwurfs reiche nicht aus. Auch weiterhin werde der Bezug von Sozialhilfe notwendig sein. Zu kritisieren sei ferner, daß lediglich eine Grundversorgung angeboten werde. Diese Dekkelung der Leistung führe zu einem Präzedenzfall in der Sozialversicherung. Im übrigen gehe es nicht nur um die Beiträge, sondern auch um die Beitragsbemessungsgrenze. Diese müsse an das Niveau der Rentenversicherung angeglichen werden und nicht, wie im Entwurf vorgesehen, an das der Krankenversicherung.

Der Arbeitgeberverband Ambulanter Pflegedienste (AAP) appellierte an die Politiker, die Fehler der Krankenhauspflege nicht zu wiederholen. Die Pflegekassen sollten dem Gesetzentwurf zufolge die Pflege finanzieren, hätten aber nicht genug Mitspracherecht. Eine Bedarfsplanung für ambulante Pflege lehnte der AAP ab. Auch sei beim jetzigen Konzept zu befürchten, daß private Anbieter außen vor blieben.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege (BAH) warf den Koalitionsfraktionen vor, ihr Ziel, die Sozialhilfefinanzierung zu reduzieren, nicht zu erfüllen. Dazu seien die Finanzansätze des Entwurfs viel zu niedrig. Die Gliederung in drei Pflegestufen sei zwar zu begrüßen, die Anzahl der Pflegeeinsätze pro Stufe jedoch zu gering. Der Untergang der Pflegestationen sei damit vorprogrammiert.

Der Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hielt ein neues Denken für erforderlich. Vor allem in den Krankenhäusern gebe es bei den Entlassungen „echte Defizite“. Es müsse Krankenbehandlung mit anschließender Rehabilitation geben, um eine spätere Pflege zu verhindern. Insgesamt, so die Bundesärztekammer, könne festgestellt werden, daß die Kooperation zwischen Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Ärzten verbessert werden müsse. Am Gesetzentwurf zu kritisieren sei in diesem Zusammenhang, daß dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen die Entscheidung über Pflege und Rehabilitation zugestanden werde. Die Hausärzte müßten aber beteiligt werden.

Die Behindertenverbände merkten kritisch an, die Betroffenen selbst kämen nicht genügend zu Wort. Es gebe 3,8 Millionen Pflegebedürftige im Land, ein Mitwirkungsrecht werde jedoch negiert. Der Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und Sozialrentner (VdK) begrüßte, daß, wie im Entwurf vorgesehen, der Medizinische Dienst der Krankenkassen über die Pflege entscheiden müsse. Wichtig sei jedoch eine Fortbildung der Beteiligten. Auch der VdK gehe davon aus, daß grundsätzlich häusliche Pflege Vorrang vor stationärer Pflege haben müsse. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAG) bezeichnete die Anpassung der Leistung nach unten als „Knackpunkt des Gesetzes“. Es sei fraglich, ob dies verfassungsrechtlich möglich sei. Es müsse klar werden, daß das Sozialhilferecht erhalten bleibe und nicht, wie vorgesehen, gelockert werde. Der „grundsätzliche Webfehler“, des Entwurfs sei, daß er von vornherein nicht auf eine Bedarfsdeckung angelegt sei, sondern lediglich auf unterstützende Leistung.

Der Reichsbund der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten, Sozialrentner und Hinterbliebenen schloß sich dem an und fügte ergänzend hinzu, daß sich die Beitragsbemessungsgrenze an der Rentenversicherung orientieren müsse. Auch die Kirchenvertreter wiesen auf die teilweise unzureichende Leistungshöhe hin und bemängelten die enge Definition der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie die Absenkung des sozialhilferechtlichen Sicherungsniveaus. Das Kommissariat der Deutschen Bischöfe sah darüber hinaus Qualität und Bedarfsgerechtigkeit der Leistungen gefährdet durch die Überbetonung der Beitragssatzstabilität. Die Spitzenverbände der Krankenkassen betonten, die den Pflegekassen zur Verfügung stehenden vertraglichen Möglichkeiten reichten nicht aus, um die Beitragssatzstabilität zu garantieren. Die Ausgaben der Pflegekassen hingen nicht nur von der Höhe der vereinbarten Vergütung ab, sondern auch von Struktur und Zahl der Leistungsfälle. Der Leistungsbedarf könne sich unabhängig von den Beitragseinnahmen der Pflegekassen entwickeln.

Der Medizinische Dienst begrüßte den Gesetzentwurf der Koalition und wies vor allem darauf hin, daß die Neubestimmung des Personenkreises der Pflegebedürftigen sachgerecht sei. Er wies auf die vergleichsweise offene Gestaltung der Stufe I und die damit verbundenen Mißbrauchsmöglichkeiten hin.

V. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Der federführende Ausschuß hat die Stellungnahmen und Anregungen der mitberatenden Ausschüsse zur Kenntnis genommen. Soweit die mitberatenden Ausschüsse Änderungen zu den Gesetzentwürfen auf den Drucksachen 12/5262 und 12/5617 beschlossen hatten, die über die dem federführenden Ausschuß vorliegenden Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. hinausgingen, gab es im Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung von keiner Fraktion einen Antrag, die von den mitberatenden Ausschüssen mehrheitlich beschlossenen Änderungen aufzugreifen.

a) Innenausschuß

Der Ausschuß empfahl in seiner Stellungnahme vom 20. Oktober 1993 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD und des Mitglieds der Gruppe der PDS/Linke Liste, den Gesetzentwürfen — Drucksachen 12/5617, 12/5262 — einschließlich eines Formulierungsvorschlags für eine neu in Artikel 5 einzufügende Nummer 3.1 zuzustimmen. Mit dem gleichen Stimmenergebnis hat er die Vorlagen auf den Drucksachen 12/1156 (neu) und 12/1712 abgelehnt.

Nach dem Wunsch der Mehrheit der Mitglieder des Innenausschusses sollte in Artikel 5 folgende Nummer 3.1 eingefügt werden:

3.1 § 7 Abs. 2 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Dies gilt nicht für Personen, die wegen Geringfügigkeit einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit oder während der Dauer ihres Studiums versicherungsfrei sind, sowie für Personen, die nach § 3 Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig sind oder waren.“

Begründet wurde diese Änderung damit, daß versicherungsfreie oder von der Versicherung befreite Personen (§§ 5, 6 SGB VI) für die Zeit ihrer Pflegetätigkeit sozial nicht abgesichert sind, wenn sie die allgemeine Wartezeit nicht erfüllen. Durch die Änderung soll diesem Personenkreis die Möglichkeit eröffnet werden, durch Zahlung freiwilliger Beiträge einen Rentenanspruch zu begründen.

b) Rechtsausschuß

Der Ausschuß beschloß in seiner 92. Sitzung vom 20. Oktober 1993 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD und des Mitgliedes der Gruppe der PDS/Linke Liste, dem federführenden Ausschuß die Annahme der Gesetzentwürfe auf den Drucksachen 12/5617 und 12/5262 zu empfehlen. Die Mehrheit des Ausschusses hatte keine verfassungsrechtlichen oder sonstigen rechtlichen Bedenken gegen die beiden Vorlagen.

Er empfahl ferner mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD die Vorlagen auf den Drucksachen 12/1156 (neu), 12/1712 und 12/4099 abzulehnen.

c) Finanzausschuß

Der Finanzausschuß hat sich in seiner 60. Sitzung am 20. Oktober 1993 bei der Mitberatung der Gesetzentwürfe der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. sowie der Bundesregierung ausschließlich auf den steuerlichen Teil der Vorlagen beschränkt. Dabei haben die Fraktion der SPD und die Gruppe der PDS/Linke Liste ihre grundsätzliche Ablehnung der Vorlage zum Ausdruck gebracht. Bei Stimmenenthaltung der Fraktion der SPD und der Gruppe der PDS/Linke Liste empfiehlt der Finanzausschuß dem federführenden Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung mit den Mehrheitsstimmen der Koalitionsfraktionen die Annahme des Gesetzentwurfs mit der Maßgabe, daß an dem steuerlichen Teil der Vorlage einige Änderungen vorgenommen werden. Die Gruppe BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN war bei der Beratung der Vorlagen nicht anwesend.

Die vom Finanzausschuß vorgeschlagenen Änderungen des Einkommensteuergesetzes und des Versicherungsteuergesetzes sind vom federführenden Ausschuß aufgrund eigener dem Ausschuß vorliegender Änderungsanträge mehrheitlich beschlossen worden. Einer darüber hinaus vom Finanzausschuß empfohlenen Änderung des Vermögensteuergesetzes ist der federführende Ausschuß dagegen nicht gefolgt. Dies-

bezüglich hatte der Finanzausschuß beschlossen, nach Artikel 20 folgenden Artikel 20 a zur Änderung des Vermögensteuergesetzes einzufügen:

„Artikel 20 a

Das Vermögensteuergesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. November 1990 (BGBl. I S. 2467), zuletzt geändert durch Artikel . . . des Gesetzes vom . . . (BGBl. I S. . . .), wird wie folgt geändert:

1. § 3 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

In Nummer 4 werden nach dem Wort „dienen“ die Worte „sowie Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 80 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,“ eingefügt.

2. Dem § 25 wird folgender Absatz 8 angefügt:

„(8) § 3 Abs.1 Nr. 4 in der Fassung des Pflegeversicherungsgesetzes vom . . . (BGBl. I S. . . .) ist erstmals auf die Vermögensteuer des Kalenderjahres 1994 anzuwenden.“

Der Ausschuß begründete die Änderung damit, daß nach geltendem Recht Einrichtungen von Gebietskörperschaften, Sozialversicherungsträgern und Religionsgemeinschaften, die Körperschaften des öffentlichen Rechts sind, von der Vermögensteuer befreit sind, soweit sie der Kranken-, Gesundheits-, Wohlfahrts- und Jugendpflege dienen. Durch die Gesetzesänderungen würden auch die entsprechenden Pflegeeinrichtungen von der Vermögensteuer ausgenommen. Die in Nummer 2 vorgeschlagene Anwendungsvorschrift sei wegen der in § 25 Abs. 1 enthaltenen allgemeinen Anwendungsvorschrift, nach der das Vermögensteuergesetz erstmals auf die Vermögensteuer des Kalenderjahres 1995 anzuwenden ist, soweit in den folgenden Absätzen des § 25 nichts anderes bestimmt ist, erforderlich.

d) Ausschuß für Wirtschaft

Der Ausschuß hat in seiner 61. Sitzung am 20. Oktober 1993 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD und des Mitgliedes der Gruppe der PDS/Linke Liste bei einer Enthaltung seitens der Fraktion der F.D.P. die Annahme der Gesetzentwürfe auf den Drucksachen 12/5617 und 12/5262 empfohlen.

e) Ausschuß für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten

Der Ausschuß hat in der in seiner 69. Sitzung am 19. Oktober 1993 beschlossenen Stellungnahme mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktion der CDU/CSU — bei einer Enthaltung aus deren Reihen — gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD und des Mitgliedes der Gruppe der PDS/Linke Liste empfohlen, die Gesetzentwürfe auf den Drucksachen 12/5617 und 12/5262 anzunehmen.

f) Ausschuß für Familie und Senioren

Der Ausschuß beschloß in seiner 50. Sitzung am 20. Oktober 1993 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD und des Mitglieds der Gruppe der PDS/Linke Liste bei Abwesenheit des Vertreters der Gruppe BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, dem federführenden Ausschuß die Annahme der Gesetzentwürfe auf den Drucksachen 12/5617 und 12/5262 insbesondere unter Berücksichtigung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. zu den Artikeln 1, 15, 16 und 34 zu empfehlen.

g) Ausschuß für Frauen und Jugend

Der Ausschuß schlug in seiner Stellungnahme vom 22. Oktober 1993 (54. Sitzung) mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD vor, dem federführenden Ausschuß die Annahme der Gesetzentwürfe auf den Drucksachen 12/5617 und 12/5262 in der Fassung der von den Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. eingebrachten Änderungsanträge zu empfehlen. Er empfahl ferner mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD die Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 12/1156 (neu). Gleichfalls mit Mehrheit bei Enthaltung der Mitglieder der Fraktion der SPD beschloß er den Antrag auf Drucksache 12/1712 abzulehnen. Einstimmig verworfen wurde vom Ausschuß der Gesetzentwurf auf Drucksache 12/4099.

h) Ausschuß für Gesundheit

Der Ausschuß schlug in seiner Stellungnahme vom 20. Oktober 1993 (69. Sitzung) mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD vor, dem federführenden Ausschuß die Annahme der Gesetzentwürfe auf den Drucksachen 12/5617 und 12/5262 mit der Maßgabe zu empfehlen, daß die Aufgaben des Medizinischen Dienstes in einem eigenen Kapitel zusammengefaßt werden. Er empfahl ferner mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD die Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 12/1156 (neu). Einstimmig abgelehnt wurde vom Ausschuß der Gesetzentwurf auf Drucksache 12/4099. Die Abstimmungen erfolgten bei Abwesenheit der Mitglieder der Gruppen.

Nach den Vorstellungen der Mehrheit des Gesundheitsausschusses sollte insbesondere das Neunte Kapitel folgende Fassung erhalten:

„§ 101 b

Medizinischer Dienst

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

nische 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 medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Im Rahmen der Untersuchung hat der Medizinische Dienst auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der medizinischen Rehabilitation geeignet und zumutbar sind. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.

(2) Der Medizinische Dienst hat der Pflegekasse 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.

(3) Bei der Prüfung der Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln (§ 36) hat die Pflegekasse den Medizinischen Dienst oder eine Pflegefachkraft zu beteiligen.

(4) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Der Medizinische Dienst, die Pflegefachkräfte oder sonstige geeignete Fachkräfte, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, sind befugt, die für die jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln.

(5) Der Medizinische Dienst muß 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. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

(6) Die Pflegekassen und ihre Verbände sollen bei der Erfüllung anderer als der in den Absätzen 1 bis 3 genannten Aufgaben im notwendigen Umfang den Medizinischen Dienst zu Rate ziehen, insbesondere für allgemeine Fragen der Versorgung der Pflegebedürftigen, für Fragen der Qualitätssicherung, für Vertragsverhandlungen mit den Trägern der Pflegeeinrichtungen und sonstigen Leistungserbringern. Der Medizinische Dienst hat die Pflegekassen bei der Erstellung von Statistiken zu unterstützen.

(7) § 275 Abs. 5, §§ 276, 277 Abs. 1, § 279 Abs. 5, § 282 Satz 3 und 4 des Fünften Buches gelten entsprechend.“

Damit, so die Mehrheit des Gesundheitsausschusses, würden die Aufgaben des Medizinischen Dienstes für

die Pflegeversicherung übersichtlich in einer Vorschrift zusammengefaßt. Gleichzeitig würden eine Reihe von Verweisen auf den Medizinischen Dienst in Einzelschriften entfallen. Darüber hinaus empfahl er, müßten in § 101b Abs. 5 Satz 1 die Worte „soll, soweit der Versicherte einwilligt,“ durch das Wort „muß“ ersetzt werden.

i) Ausschuß für Bildung und Wissenschaft

Der Ausschuß schlug in seiner Stellungnahme vom 22. Oktober 1993 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD und des Mitgliedes der Gruppe der PDS/Linke Liste vor, dem federführenden Ausschuß die Annahme der Gesetzentwürfe auf den Drucksachen 12/5617 und 12/5262 zu empfehlen. Die übrigen Vorlagen — Drucksachen 12/1156 (neu), 12/1712 und 12/4099 — hat der Ausschuß für Bildung und Wissenschaft einstimmig zur Kenntnis genommen.

j) Haushaltsausschuß

Der Ausschuß schlug in seiner Stellungnahme vom 20. Oktober 1993 mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD, dem federführenden Ausschuß die Annahme der Gesetzentwürfe auf den Drucksachen 12/5617 und 12/5262 zu empfehlen. Er empfahl ferner mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD die Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 12/1156 (neu).

VI. Schwerpunkte der Beratungen im Ausschuß

- a) Einführend erklärten die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P., man wolle mit dem vorliegenden Gesetzentwurf die Ankündigung der Bundesregierung in der Koalitionsvereinbarung vom 16. Januar 1991 und der Regierungserklärung des Bundeskanzlers vom 30. Januar 1991, noch in dieser Legislaturperiode eine umfassende Lösung des Pflegeproblems herbeizuführen, umsetzen. Damit werde eine nicht länger tragbare Lücke in der sozialen Sicherung geschlossen. Es werde eine fünfte Säule der Sozialversicherung geben, die das Risiko, pflegebedürftig zu werden, trage. Organisatorisch werde diese Säule bei der gesetzlichen Krankenversicherung angesiedelt. Die dafür entstehenden Kosten, einschließlich der Verwaltungskosten, trage die Pflegeversicherung, die im Umlageverfahren finanziert werde. Die Beiträge würden für einen Versicherten von den Arbeitnehmern und den Arbeitgebern je zur Hälfte aufgebracht.

Dabei richte sich die Versicherungspflicht nach dem Grundsatz: „Die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung.“ Der versicherte Personenkreis der sozialen Pflegeversicherung umfasse die Bevölkerung mit Ausnahme der Personen, die

gegen das Krankheitsrisiko bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert seien. Alle privat Krankenversicherten würden Mitglieder einer privaten Pflegeversicherung. Diese hätte zu gewährleisten, daß ihre Leistungen denen der sozialen Pflegeversicherung entsprächen. Außerdem werde die private Versicherung verpflichtet, die heute bereits Pflegebedürftigen, die privat krankenversichert seien, sofort in vollem Umfang in den Schutz der privaten Pflegeversicherung einzubeziehen. Für ältere Versicherte müsse die private Pflegeversicherung angemessene Bedingungen und Prämien anbieten. Beamte würden, soweit sie nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert seien, zum Abschluß einer privaten Pflegeversicherung verpflichtet. Nichterwerbstätige Ehegatten und Kinder seien beitragsfrei mitversichert. Die Koalitionsfraktionen gehen davon aus, daß Pflegeleistungen und Beihilfe zusammen nicht zu einer Überversorgung führen. Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung werde der Beitragssatz vom Gesetzgeber festgesetzt; die Leistungsanpassung erfolge auf dem Verordnungswege. Dabei würden die Leistungen entsprechend den Einnahmen angepaßt. Mit dieser einnahmeorientierten Ausgabenpolitik würden nicht nur die Ausgaben im Griff gehalten, sondern auch dem demographischen Risiko Rechnung getragen.

Bei den Leistungsberechtigten würden drei Pflegestufen unterschieden: die Pflegestufe I „erheblich pflegebedürftig“, die Pflegestufe II „schwer pflegebedürftig“ und die Pflegestufe III „schwerstpflegebedürftig“. Die Leistungen der Pflegeversicherung richteten sich danach, ob ambulante, teilstationäre oder stationäre Pflege erforderlich sei. Bei der ambulanten Pflege sei vorgesehen: ein Pflegegeld in Höhe von 400/800/1 200 DM monatlich je nach Pflegebedürftigkeitsstufe, Pflegesachleistungen in Höhe von bis zu 750/1 500/2 100 DM monatlich je nach Pflegebedürftigkeitsstufe und eine Urlaubspflegevertretung bis zu vier Wochen im Werte bis zu 2 100 DM pro Jahr. Die teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege umfasse die Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege im Wert von bis zu 750/1 500/2 100 DM jährlich. Bei der stationären Pflege sei eine Erstattung der pflegebedingten Aufwendungen durch die Pflegeversicherung bis 2 100 DM monatlich vorgesehen. Dieser Betrag beziehe sich auf das Basisjahr 1991 und werde im Rahmen der Entwicklungen der Beitragseinnahmen angepaßt. Zu den Leistungen der Pflegeversicherung zähle auch die soziale Sicherung der Pflegepersonen, das hieße, für die häuslichen Pflegekräfte übernehme die Pflegeversicherung die Beitragszahlung zur Rentenversicherung. Ebenfalls sichergestellt werde die Unfallversicherung der Pflegekräfte. Die Pflegeversicherung werde stufenweise eingeführt. Ab dem 1. Januar 1994 würden zunächst Leistungen für die häusliche Pflege gewährt. Zu deren Finanzierung sei ein Beitragssatz von 1 % erforderlich. Ab 1. Januar 1996 gewähre die soziale Pflegeversicherung auch Leistungen für die stationäre Pflege. Dies erfordere einen Beitragssatz von 1,7 %.

Mit dieser zeitlich gestaffelten Einführung solle nicht nur der Vorrang der häuslichen vor der stationären Pflege zum Ausdruck gebracht, sondern auch einem denkbaren Schub der Heimpflege vorgebeugt werden. Wichtig sei, daß das Strukturverhältnis von Haus- und Heimpflege sich nicht zugunsten der Heimpflege verändern werde. Dafür seien Vorkehrungen getroffen worden. Ferner solle entsprechend dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ der Pflegebedürftigkeit generell vorgebeugt werden.

Die Investitionskosten würden ebenso wie die laufenden Aufwendungen der Pflegeeinrichtungen über den Pflegesatz finanziert. Vorgesehen sei also eine monistische, keine duale Finanzierung. Der Investitionsbedarf der Pflegeeinrichtungen werde jährlich auf 3,6 Mrd. DM geschätzt. Die Entlastungen, die in der Sozialhilfe durch die Pflegeversicherung einträten, sollten in dieser Höhe der Pflegeversicherung zugute kommen. Dies solle in der Weise geschehen, daß die Einsparungen für Länder und Gemeinden dem Bund zugeführt würden und dieser sie im Wege eines Bundeszuschusses der Pflegeversicherung zur Verfügung stelle. Mit diesem Finanztransfer könnten die Leistungen für stationäre Pflege um ungefähr 500 DM je stationärem Pflegeplatz angehoben werden. Damit werde das Ziel angestrebt, einen hohen Prozentsatz der Pflegeheim-Bewohner von der Sozialhilfe unabhängig zu machen.

Die Koalitionsfraktionen wüßten, daß mit diesem Gesetz nicht alle Wünsche erfüllt würden. Manche könnten enttäuscht sein über die angebotene Grundversorgung. Eine „Rund-um-die-Uhr-Versorgung“ sei aber wirtschaftlich kaum verantwortbar und sozialpolitisch nicht geboten. Zum Konzept der vorgesehenen Grundversorgung gehöre auch die niedriger angesetzte Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung, die zur Zeit bei 5 400 DM liege. Wer mehr verdiene, dem sei zuzumuten, sich freiwillig zusätzlich gegen das Risiko, pflegebedürftig zu werden, zu versichern. Ergänzende private Vorsorgeanstrengungen seien deshalb wünschenswert und sollten durch das Pflegeversicherungsgesetz gefördert werden.

Die Gespräche über die Einführung einer sozialen Pflegeversicherung hätten sich schwieriger als zunächst erwartet gestaltet. Dies habe auch daran gelegen, daß in einer Zeit größter wirtschaftlicher Herausforderungen die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft nicht weiter belastet werden dürfe. Deshalb sei der Koalition immer klar gewesen, daß die Einführung der sozialen Pflegeversicherung nicht zu einer weiteren Erhöhung der Arbeitskosten führen dürfe.

Zusammenfassend habe die Koalition ihr Versprechen eingelöst. Sie bringe ein sozial-, wirtschafts- und finanzpolitisch verantwortbares Pflegeversicherungsgesetz in den Deutschen Bundestag ein. In den kommenden Beratungen werde sich zeigen müssen, ob die Gesellschaft noch zur Solidarität fähig sei. Es werde sich auch zeigen müssen, ob anstelle von Streit in gemeinsamer Verantwortung

eine Lösung gefunden werde, die den 1,65 Millionen Pflegebedürftigen zugute komme.

- b) Entschieden kritisiert wurde der Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. von den Mitgliedern der Fraktion der SPD im Ausschuß. Nach ihrer Auffassung bedeute eine Verabschiedung dieses Gesetzentwurfs sogar einen Rückschritt. Für Schwerstpflegebedürftige, die bereits heute Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz erhielten (Hilfe zur Pflege), bedeute der Gesetzentwurf praktisch keine Verbesserung. Für diesen Personenkreis erschöpfe sich seine Wirkung allein in einem Umfinanzierungsmanöver unter den verschiedenen Kostenträgern. Für diese Gruppe „steige“ die Geldleistung von bisher 1 197 DM (997 DM nach BSHG, 200 DM aus der Krankenversicherung) auf zukünftig 1 200 DM aus der Pflegeversicherung, also um ganze 3 DM.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD wiesen darauf hin, daß nach der nächsten Anpassung der Sozialhilfe-Leistungen (laut FKP-Gesetz Regelsatzanpassung per 1. Juli 1994 um 3%) die Leistungen aus der Pflegeversicherung dann sogar um ca. 10 DM geringer seien als die nach bisherigem Recht gewährten Leistungen. Auch in diesem Teilbereich zeige sich, daß die Verwirklichung der Regierungsvorstellungen für die Betroffenen Stillstand, wenn nicht gar Rückschritt bedeute.

Selbst wenn die Koalition das Pflegeversicherungsprojekt nicht durch das gesellschaftspolitische „Monstrum“ eines sogenannten „Entgeltfortzahlungsgesetzes“ auf das höchste gefährden würde, das Pflegeversicherungsgesetz sei allein für sich aus inhaltlichen Gründen nicht akzeptabel. Man könne zwar sagen, daß der Gesetzentwurf nur ein erster Schritt sei, dann sei es aber ein Schritt in die falsche Richtung, der später kaum mehr korrigiert werden könne.

Die Vertreter der Fraktion der SPD kritisierten, daß die gedrängte und teilweise zu chaotischen Verhältnissen im Ausschuß führende Beratung des Koalitionsentwurfs und der Koalitionsänderungsanträge ausschließlich auf deren viel zu späte Einbringung zurückzuführen seien. Nicht nur, daß die Koalition aus politischen Gründen viel zu lange nicht zu Ergebnissen gekommen sei, der Entwurf der Fraktion der SPD habe auch darüber hinaus seit zwei Jahren im Deutschen Bundestag vorgelegen und sei lediglich wegen der Entscheidungsunfähigkeit der Koalition nicht beraten worden.

- c) Die Gruppe der PDS/Linke Liste betonte, daß sie den Gesetzentwurf der Regierungskoalition mit der Begründung ablehne, daß Mindestanforderungen nicht gewährleistet seien. Insbesondere gebe es keine bedarfsdeckenden Leistungen für Menschen mit Behinderungen und Menschen in höherem Lebensalter, die auf unterstützende Pflege angewiesen seien. Ferner sehe der Gesetzentwurf keine hinreichende Selbstbestimmung der Betroffenen über die Verwendung der Mittel (keine Verfügungsgewalt) vor. Schließlich führe er nicht zu einer adäquaten Bezahlung der schweren Arbeit der Pflegenden und zu keiner hinreichen-

den sozialen Absicherung (zum Beispiel fehle eine Absicherung gegen Arbeitslosigkeit).

Im übrigen protestiere die Gruppe der PDS/Linke Liste gegen ein jeder soliden Arbeitsweise „hohnsprechendes“ parlamentarisches Verfahren. Die Eile, mit der nach der langen Verschleppung des Koalitionsentwurfs die Beratungen durchgeführt worden seien, habe keine seriöse Behandlung der sensiblen Problematik der Pflege gewährleistet.

1. Allgemeine Vorschriften und Grundsätze

Nach Auffassung der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. sei bei der Anhörung der Krankenversicherungen deutlich geworden, daß eine reibungslose Leistungsgewährung wegen des kurzen Zeitraumes zwischen dem zu erwartenden parlamentarischen Abschluß und dem Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes in Frage gestellt sei. Man habe sich daher zu folgender Regelung entschlossen:

- Hinsichtlich des Organisations- und Beitragsrechtes solle es bei dem Termin 1. Januar 1994 bleiben, das Gesetz also am 1. Januar 1994 in Kraft treten.
- Die ambulanten Leistungen würden jedoch erst ab 1. April 1994 gewährt.

Konkret geregelt werde dies im Artikel 35 (Inkrafttreten). Man komme damit den Bedenken der Krankenkassen, denen die Durchführung der Pflegeversicherung obliege, entgegen. Dadurch erübrigten sich auch besondere Regelungen über eine Anschubfinanzierung.

Im übrigen sei man auch den Wünschen der Kassen in bezug auf die weitgehende Deckungsgleichheit des Beitragseinzuges für Personen, die bei ihnen versichert seien, und Personen, die bei ihnen zukünftig pflegeversichert seien, entgegengekommen.

Ferner sei man auch auf der Leistungsseite der Einschätzung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung bezüglich der Einstufung derjenigen Personen gefolgt, die bereits nach den geltenden Vorschriften der Krankenversicherung Leistungen für Pflegebedürftigkeit erhielten. Sie würden zunächst generell in Pflegestufe II eingestuft. Auf diese Weise könne eine Antragsflut und ein Antragsstau bei den Krankenkassen vermieden werden. Aufgrund dieser vorgesehenen Änderungen sowohl auf der Beitrags- als auch der Leistungsseite sei man der Meinung, daß die Krankenkassen das Gesetz ab 1. Januar 1994 umsetzen könnten.

Bei der Einzeleinführung des Gesetzentwurfs sei auf die deklaratorische Funktion der Vorschrift des Artikels 1 § 8 hingewiesen worden. Der Gesetzentwurf sehe keine Bedarfsplanung auf Seiten der Länder und Kommunen vor. Mit der vorgenommenen Änderung im Zuge des Beratungsverfahrens wolle man aber darauf hinweisen, daß auch die Kommunen in die Verantwortung für die Versorgungsstruktur einbezogen seien. Ferner sei man der Auffassung, daß die Erkenntnisse und Erfahrungen des Medizinischen Dienstes für die Maßnahmen zum Auf- und Ausbau

der Versorgungsstruktur zu nutzen seien. Dies wolle man ebenfalls klarstellen. Generell wiesen die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. darauf hin, man habe durch eine Reihe weiterer Vorschriften den Medizinischen Dienst stärker berücksichtigt, um dessen Erkenntnisse und Erfahrungen nutzen zu können.

Im Zusammenhang mit der Anhörung des Gesetzentwurfs sei der Wunsch geäußert worden, die Organisationen der Behinderten, die privaten ambulanten Dienste und den Medizinischen Dienst der Krankenkassen in den Ausschuß für Fragen beim Arbeitsministerium aufzunehmen, der für Fragen der Pflegeversicherung gebildet werde. Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. äußerten, daß sie dies für sachgerecht hielten, weil damit sichergestellt werde, daß Organisationen vertreten seien, die zum einen allein die Interessen der Pflegebedürftigen verträten, zum anderen aber auch gewährleisteten, daß die Erkenntnisse und Erfahrungen des Medizinischen Dienstes sowie der Anbieter privater ambulanter Dienste in die Ausschubarbeit einbezogen werden könnten.

Ferner sei der Wunsch nach einer regelmäßigen Berichterstattung des Deutschen Bundestages und Bundesrates über Fragen der Entwicklung der Pflegeversicherung — wie in anderen Bereichen der Gesetzgebung auch — vorgetragen worden. Zu diesem Zweck habe man auf eine entsprechende Ergänzung des § 9 hingewirkt.

In den Beratungen sei — mit diskriminierender Absicht — eingewandt worden, der Gesetzentwurf beschränke sich auf eine „Satt- und Sauber-Pflege“. Man habe deshalb klargestellt, daß die pflegerische Versorgung darauf ausgerichtet sein müsse, den Pflegebedürftigen in seine Pflege und Betreuung aktiv einzubeziehen; daher der Hinweis auf die aktivierende, d. h. eine ganzheitliche Pflege. Der Pflegebedürftige sei aktiv einzubeziehen, um seinen Willen und seine Fähigkeit zur Selbsthilfe zu fördern und zu unterstützen. Ferner habe man ergänzend die Vorschrift aufgenommen, daß freigemeinnützige und private Träger Vorrang gegenüber öffentlichen Trägern hätten. Das entspräche dem Verständnis der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. vom Subsidiaritätsprinzip. Man sei der Meinung, daß Pflegeeinrichtungen von der öffentlichen Hand nur vorgehalten werden sollten, soweit die Versorgung nicht durch andere Träger sichergestellt sei. Zudem werde dadurch der Wettbewerb gestärkt.

2. Leistungsberechtigter Personenkreis

Mit der Ergänzung zu § 12 beabsichtigten die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. ein Mißverständnis auszuräumen. Ihre Absicht sei selbstverständlich, daß auch geistig behinderte und seelisch kranke Menschen Leistungen der Pflegeversicherung erhalten können ebenso wie organisch erkrankte Pflegebedürftige — vorausgesetzt, daß Hilfebedarf für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf

Dauer bestehe. Das werde mit der Ergänzung klargestellt.

Es gebe, das sei unumstritten, verschiedene Grade der Pflegebedürftigkeit. Man habe an dieser Stelle Pionierarbeit geleistet, in dem man nicht — wie bisher — die verschiedenen Grade abstrakt kennzeichne, sondern konkret definiere. Man sage also genau, was man im Sinne dieses Gesetzes unter

- erheblich pflegebedürftig (Stufe I)
- schwerpflegebedürftig (Stufe II)
- schwerstpflegebedürftig (Stufe III)

verstehen wolle.

In der Anhörung des Gesetzentwurfs sei vor allem die Konkretisierung der Stufe I in Frage gestellt worden, und zwar in gegensätzlicher Hinsicht: So sei darauf hingewiesen worden, daß es auch unterhalb der Stufe I Pflegebedürftigkeit gebe. Man wisse dies, sei aber der Meinung, daß dieser Bereich an Pflege grundsätzlich im Rahmen der Eigenvorsorge und Eigenverantwortung abgedeckt werden solle.

Im Gegensatz dazu sei aber auch auf die Gefahr aufmerksam gemacht worden, daß die Kriterien für die Stufe I, nämlich

- Hilfebedarf einmal täglich bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität und
- zusätzlich Hilfebedarf mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung

auch von vielen — insbesondere älteren — Personen erfüllt werden könnten, die an sich nicht pflegebedürftig im Sinne dieses Gesetzes seien.

So sei zum Beispiel darauf hingewiesen worden, daß nach dem Wortlaut des Gesetzentwurfs bereits Hilfebedarf beim Zähneputzen ausreichen würde, um pflegebedürftig im Sinne von Stufe I werden zu können und damit ein Pflegegeld von 400 DM beanspruchen zu können. Das sei von den Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. politisch nicht gewollt gewesen. Hier sei auch ein unrichtiger Eindruck entstanden, denn wenn Hilfebedarf bei einer der im Gesetzentwurf genannten Verrichtungen vorliege, zum Beispiel beim Zähneputzen, dann gehe dies im Regelfall einher auch mit Hilfebedarf bei der Nahrungsaufnahme, des An- und Ausziehens usw. Mit den nun vorgesehenen Änderungen wolle man dies klarstellen und zugleich mit dieser Klarstellung verhindern, daß ansonsten mögliche Mitnahmeeffekte, die politisch nicht gewollt seien, entstünden.

Dies erfolge in zweierlei Hinsicht:

- Zum einen werde gefordert, daß für die Pflegestufe I stets mindestens drei Verrichtungen entweder aus einem Bereich (zum Beispiel im Bereich der Körperpflege: Zähneputzen, Duschen und Toilettengang), oder drei Verrichtungen aus mindestens zwei verschiedenen Bereichen (zum Beispiel in den Bereichen Ernährung und Mobilität) erforderlich seien.
- Zum zweiten solle klargestellt werden, daß bereits zeitlich geringfügige Hilfeleistungen — zum Bei-

spiel solche, die nur weniger Minuten bedürfen — nicht zur Anerkennung einer der drei Pflegestufen führe.

Vorgesehen sei, daß der Arbeitsminister über eine Verordnung nach § 14 oder die Pflegekassen über Richtlinien nach § 15 den Zeitmindestaufwand in den einzelnen Pflegestufen festlegen könnten, der zur Anerkennung der Pflegebedürftigkeit in einer der drei Stufen führe.

Die Festlegung der drei verschiedenen Schweregrade von Pflegebedürftigkeit betrachteten die Mitglieder der Fraktion der SPD im Ausschuß als inhaltlich völlig unzureichend. Sie sei weniger fachlich an einer optimalen Betreuung der Betroffenen orientiert, sondern ziele zuallererst auf die Einhaltung eines politisch vorgegebenen Finanzrahmens.

So sei in der Pflegebedürftigkeitsstufe I (erheblich Pflegebedürftige) die Notwendigkeit täglicher Hilfe Voraussetzung für die Leistungsgewährung an die Betroffenen. Sachgerechte Anspruchsvoraussetzung sei statt dessen aber ein mehrmals wöchentlicher Hilfsbedarf.

In der Pflegebedürftigkeitsstufe II (Schwerpflegebedürftigkeit) sei mindestens dreimal täglicher Hilfsbedarf zu verschiedenen Tageszeiten Mindestanfordernis, um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten. Sachgerecht sei hier ein täglicher Hilfsbedarf.

In der Pflegebedürftigkeitsstufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) erfordere der Gesetzentwurf der Koalition die Notwendigkeit einer Hilfe rund um die Uhr, anstatt, wie es geboten wäre, mehrmals täglicher Hilfsbedarf.

Die überaus engen Anspruchsvoraussetzungen für die Gewährung von Leistungen aus der Pflegeversicherung hätten zur Folge, daß ca. 465 000 Personen, die nach heutigem Standard Leistungen erhielten oder Leistungen erhalten könnten, nach Inkraftsetzen der Regierungspläne keinen Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung hätten. Diese, von Wohlfahrtsorganisationen ähnlich bewerteten Zahlen belegten, daß der Regierungsentwurf zu einem Rückschritt führe. Festzuhalten sei, daß in den Vorentwürfen der Koalition zur Pflegeversicherung die Anspruchsvoraussetzung noch so festgelegt gewesen seien, daß auch jene 465 000 Personen Leistungen erhalten hätten. Dies unterstreiche, daß es bei dem vorliegenden Regierungsentwurf nicht um sachlich-inhaltliche Kriterien von Pflege gehe, sondern allein um finanzielle.

Völlig unzureichend sei im übrigen die Einbeziehung der seelisch und psychisch Behinderten in die Pflegeversicherung. Nach dem Regierungsentwurf hätten in diesem Problembereich nur jene Personen Anspruch auf Pflegeleistungen, die unter „Funktionsstörungen der Sinnesorgane“ bzw. des „zentralen Nervensystems“ leiden. Eine Vielzahl seelisch Behinderter etwa mit chronischen Psychosen, Neurosen, mit Schizophrenien oder vergleichbaren psychischen Besonderheiten leide nicht unter „Funktionsstörungen“. Sie hätten — obwohl pflegebedürftig — nach den Regierungsvorstellungen keinen Leistungsanspruch.

3. Versicherungspflichtiger Personenkreis

- a) Hinsichtlich des versicherten Personenkreises hätten sich die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. in ihrem Gesetzentwurf von dem Grundsatz leiten lassen: „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. Nun hätten die gesetzlichen Krankenkassen die Bitte an sie gerichtet, mit dem Ziel einer möglichst reibungslosen Umsetzung des Gesetzentwurfes hier eine weitgehende Deckungsgleichheit des Personenkreises sicherzustellen.

Das geschehe in dem neu gefaßten § 18. Der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ werde weitgehend konsequent für den Personenkreis durchgehalten, der die Pflege-Versicherungspflicht für die in der gesetzlichen Krankenversicherung Pflichtversicherten regelt. Die Versicherungspflichttatbestände knüpfen an die entsprechenden Tatbestände in der gesetzlichen Krankenversicherung an. Es würden die Personengruppen aufgelistet, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig seien.

Ferner werde darauf hingewiesen, daß auch die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig seien.

Hier sei jedoch auf zwei wichtige Regelungen aufmerksam zu machen:

- Für eine Übergangsfrist von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes werde den freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen ein Befreiungsrecht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung eingeräumt.
- Von dieser Übergangsregelung zu unterscheiden sei das Dauerrecht, bei dem ein Versicherter, der aufgrund des Überschreitens der Versicherungspflichtgrenze in den Personenkreis der freiwillig GKV-Versicherten hineinwache, innerhalb von drei Monaten sich entscheiden kann, ob er in der sozialen Pflegeversicherung verbleibe oder in die private Pflegeversicherung hinüberwechsle.

Man wolle auch anmerken, daß diejenigen, die in der privaten Krankenversicherung versichert seien, nur das Recht hätten, sich in einem privaten Unternehmen ihrer Wahl Pflegeversicherungsschutz zu verschaffen, nicht aber ein Wechselrecht zur sozialen Pflegeversicherung hätten.

Eine besondere Regelung sei für Personen vorgesehen, die aufgrund von Spezialvorschriften Anspruch auf Heil- und Krankenbehandlung, Krankenhilfe, Krankenvorsorge oder unentgeltliche truppenärztliche Versorgung hätten.

In dem neu gefaßten § 19 werde für diese Personengruppen, die weder in der gesetzlichen noch in der privaten Krankenversicherung versichert sind, eine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung vorgesehen. Hier werde also der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenver-

sicherung“ sachgerecht ergänzt. Die Erfassung dieses Personenkreises sei unproblematisch möglich.

In dem neuen § 20 a sei die Pflege-Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen geregelt. Privat Krankenversicherte würden verpflichtet, bei ihrem Krankenversicherungsunternehmen auch das Pflegerisiko abzusichern. Wichtig seien dabei zwei Regelungsbereiche:

- Die privaten Unternehmen unterlägen einem Kontrahierungszwang.
- Um die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes herzustellen, müßten für Pflegebedürftige der privaten Unternehmen die gleichen Leistungsvoraussetzungen zum Tragen kommen, die auch in der sozialen Pflegeversicherung gelten, insbesondere Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Zuordnung zu den Pflegestufen nach denselben Maßstäben.

Mitglieder der Fraktion der F.D.P. wiesen in diesem Zusammenhang darauf hin, daß die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und die Mitglieder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten ebenfalls der Privaten Krankenversicherung zugewiesen würden. Eine Versicherung innerhalb dieser Systeme sei im Hinblick auf die bevorstehende Privatisierung von Bahn und Post nicht möglich. Außerdem sei dieser Personenkreis auch grundsätzlich beihilfeberechtigt. Da aber die Alters- und Risikostruktur dieser Personengruppen wesentlich schlechter sei und der Umstand hinzukomme, daß es bei der Privatisierung von Bahn und Post für diese Gruppen keinen Nachwuchs gebe, könne es in einigen Jahren notwendig sein, daß der Gesetzgeber eine Öffnung bei den Höchstbeiträgen für diese Gruppen ermögliche, oder daß er über einen Zuschuß entscheide.

- b) Die Mitglieder der Fraktion der SPD kritisierten, daß der Umfang der Solidargemeinschaft, die die Pflegeversicherung durch ihre Beiträge finanzieren solle, im Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. nicht umfassend festgelegt sei. Diese unzureichende Festlegung widerspreche der Tatsache, daß die Pflegebedürftigkeit ein allgemeines Lebensrisiko sei, an dessen Absicherung sich auch alle gleichermaßen und entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit beteiligen müßten. Statt einer umfassenden, schaffe der Gesetzentwurf der Koalition zwei getrennte Solidargemeinschaften: eine gesetzliche Pflegeversicherung für einen großen Teil der Bevölkerung mit durchschnittlichen oder niedrigen Einkommen sowie eine Sonder-Pflegeversicherung auf privater Basis für die Bevölkerungsgruppe mit überdurchschnittlichen und hohen Einkommen. Ein solches Modell der gesellschaftlichen Spaltung verhindere den notwendigen Ausgleich der Belastungen zwischen beiden Gruppen und bewirke so, daß die Gruppen mit niedrigen Einkommen relativ höher mit Beiträgen belastet würden, als die Gruppe mit höheren Einkommen. Dies sei sozial ungerecht;

Solidarität werde gruppenbezogen, aber nicht umfassend definiert.

4. Leistungen der Pflegeversicherung

- a) In dem geänderten § 32 werde nach Aussagen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. zum einen klargestellt, daß auch Einzelpersonen die häusliche Pflege sicherstellen könnten, sofern sie mit der Pflegekasse einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen hätten. Ferner sei man aufgrund der Anhörung zu dem Ergebnis gekommen, daß es ausreichend sei, den Wert der vorgesehenen Sachleistungen auf den jeweiligen Höchstbetrag zu begrenzen. Die zusätzliche Begrenzung auf eine bestimmte Anzahl von Pflegeeinsätzen monatlich sei entbehrlich.

Die Höchstbeträge in den jeweiligen Pflegestufen hätte man aber nicht verändert.

Zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege halte man es für erforderlich, daß die Pflegebedürftigen Pflegeeinsätze durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung abriefen. Allerdings trüge man den Bedenken, daß hier in zu kurzer Frist Kontrollen ausgeübt würden, dadurch Rechnung, daß man die Intervalle zwischen den einzelnen Pflegeeinsätzen verlängere.

Von besonderer Bedeutung sei, daß die nicht erwerbsmäßig Pflegenden — die Pflegepersonen — in den Schutz der gesetzlichen Rentenversicherung und Unfallversicherung einbezogen würden. Dies sei im § 40 geregelt sowie in den entsprechenden Spezialgesetzen der gesetzlichen Rentenversicherung und Unfallversicherung. Bereits im vorliegenden Gesetzentwurf sei eine sog. kleine additive Anrechnung vorgesehen gewesen, die im Zuge der Ausschußberatungen erweitert worden sei. Die Absicherung der Pflegepersonen in der gesetzlichen Rentenversicherung werde jetzt bis zu einer parallel ausgeübten Erwerbstätigkeit von 30 Stunden in der Woche gewährt. Man habe diese Ausweitung für sachgerecht gehalten, weil man die Motivation fördern wolle, neben der beruflichen Tätigkeit ehrenamtlich tätig zu sein; damit steige auch die Akzeptanz der häuslichen Pflege für die Pflegepersonen.

In diesem Zusammenhang bestanden die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. jedoch auf der Feststellung, daß hierin keine Automatik für eine erweiterte Anerkennung von Kindererziehungszeiten in der Rentenversicherung zu sehen sei.

In den Beratungen des Gesetzentwurfes sei deutlich geworden, daß es zweckmäßig sei, das neue Recht der Pflegeversicherung mit dem Bundesversorgungsgesetz und insbesondere auch mit dem Bundessozialhilfegesetz zu harmonisieren. Das erfolge nach den Vorstellungen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. für die Sozialhilfe in den Änderungen zu Artikel 15. Aus der Sozialhilfe bestehe auch künftig Anspruch auf Leistungen

- bei einfacher Pflegebedürftigkeit (unterhalb von Stufe I, da hier noch kein Anspruch gegen die Pflegekasse besteht;
- dies wurde vor allem von den Wohlfahrtsverbänden gefordert. Nach der neuen Regelung ist die Leistungsgewährung im Bereich der Sozialhilfe nicht mehr, wie bisher im Gesetzentwurf, als Kann-Leistung, sondern als Anspruchs-Leistung vorgesehen;
- in den Fällen, in denen die Leistungen der Pflegeversicherung den tatsächlichen Bedarf nicht abdecken kann;
- dies kann sowohl in der ambulanten Pflege als auch in der stationären Pflege eintreten.

Nach den Erfahrungen des Medizinischen Dienstes, so die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P., sei die Mehrzahl der Pflegebedürftigen, die von den Krankenkassen Leistungen erhalten, vom Hilfebedarf her der neuen Pflegestufe II zuzuordnen, ein weiterer Teil sogar der Stufe III. Mit den vorgenommenen Änderungen übernehme man diese Beurteilung des Medizinischen Dienstes. Dadurch kann eine Antragsflut bei den Pflegekassen, wenn zum 1. April 1994 häusliche Pflegeleistungen gewährt werden, vermieden werden. Pflegebedürftige erhalten dann das Doppelte der Leistung, die sie von ihrer Krankenkasse erhalten haben.

Der Pflegebedürftige könne auch die Einstufung in die Pflegestufe III beantragen. Über diesen Antrag muß dann der Medizinische Dienst entscheiden. Eine Rückstufung in Stufe I ist nicht vorgesehen.

- b) Die Mitglieder der Fraktion der SPD bemängelten, daß sowohl die Geldleistungen bei ambulanter Pflege als auch die Leistungen bei Heimpflege im Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen fixe Größen seien, also nicht dynamisiert würden. In § 26 sei lediglich eine Ermächtigung an die Bundesregierung vorgesehen, eine Dynamisierung durch Verordnung herbeizuführen. Dies sei irreführend. In Wahrheit sei die Dynamisierung eine doppelte Budgetierungsvorschrift, die die Leistungen begrenze anstatt sie anzupassen.

Die erste Budgetierung bestehe darin, daß sie die Ausgabenentwicklung der Pflegeversicherung an die Entwicklung der Einnahmen binde. Stiegen die Preise im Dienstleistungsbereich Pflege stärker als die Einkommen der Versicherten oder steigt die Zahl der Leistungsberechtigten nicht im Einklang mit der durchschnittlichen Einkommensentwicklung, dann liegen die Ausgaben über den Einnahmen. Das Gesetz biete der Regierung dann die Möglichkeit die Leistungen der Pflegeversicherung zu kürzen, um die Ausgaben den Einnahmen anzupassen. Für eine Dynamisierung besteht also nur dann Raum, wenn nach Abzug der Preis- und Mengensteigerung noch finanzieller Spielraum bleibe. Dies allerdings sei eine nahezu aussichtslose Erwartung. Der Regierungsentwurf bewirke mit seiner Budgetierung in Wahrheit, daß alle Risiken der Pflegeversicherung (Preisrisiko, Mor-

biditätsrisiko) auf die Pflegebedürftigen abgewälzt würden.

Die zweite Budgetierung erfolge durch die Konstruktion einer festen Finanzrelation von Ausgaben für ambulante Pflege zu den Ausgaben für Heimpflege. Beide Bereiche dürfen nur im bestehenden Ausgabenverhältnis zueinander angepaßt werden. Steigen etwa die Ausgaben für ambulante Pflege stärker als die für Heimpflege (oder auch umgekehrt), muß dies bei einer Anpassung durch eine entsprechende Kürzung der Leistung je Pflegebedürftigem berücksichtigt werden.

Die als Dynamisierung ausgegebene doppelte Budgetierung führe dazu, daß eine ständig wachsende Zahl von Pflegebedürftigen Schritt für Schritt wieder auf Leistungen aus der Sozialhilfe angewiesen sein würden, weil die Leistungen der Versicherung nicht angepaßt werden können. Eine Pflegeversicherung mit ständig unzureichender werdenden Leistungen bewirke aber, daß Versicherte, die finanziell dazu die Möglichkeit hätten, sich die nicht abgedeckten Pflegeleistungen in einer privaten Zusatzversicherung absichern. Beinahe lautlos entstehe so ein doppelter Standard aus Grund- und Zusatzversorgung oder Wahl- und Regelleistungen. Dies sei das eigentliche strategische Ziel der Fraktion der F.D.P.

Für die Fraktion der SPD ergebe sich daraus eine grundlegend falsche Weichenstellung, die kaum mehr korrigierbar sei. Dies sei der entscheidende Grund dafür, daß der Gesetzentwurf der Koalition zur Pflegeversicherung noch nicht einmal als dürftige Einstiegslösung tauge, die später von einer SPD-Regierung aufgebessert werden könne.

Im stationären Bereich seien die Sachleistungen der Pflegeversicherung für pflegebedingte Aufwendungen bei Heimunterbringung auf höchstens 2 100 DM je Monat begrenzt. Pflegebedingte Aufwendungen, die über diesen Betrag hinausgingen, müsse der Heimbewohner neben den Kosten für Unterbringung und Verpflegung auch zukünftig selbst bezahlen. Es sei offenkundig, daß der Regierungsentwurf angesichts von Heimpflegesätzen von 4 000 bis 5 000 DM monatlich weit hinter dem Notwendigen zurückbleibe.

Wenn man die durchschnittlichen pflegebedingten Aufwendungen bei Heimunterbringung nach den Berechnungen des Gesetzentwurfes der Fraktion der SPD zugrunde lege (1991: 2 300 DM, 1993: geschätzt ca. 2 500 DM), so zeige sich, daß sich für eine große Zahl der Betroffenen faktisch nichts ändere. Sie blieben auf Sozialhilfe-Leistungen angewiesen, weil die Leistungen der Pflegeversicherung unzureichend seien. Die hierzu von verschiedenen Organisationen vorgenommenen Schätzungen schwankten zwischen 50 % und 60 % der Heimbewohner. Auch hier finde also ein reines Umverteilungsmanöver unter den Kostenträgern ohne Verbesserungen für die Betroffenen statt. Berücksichtige man ferner die fehlende Dynamisierung dieses im Regierungsentwurf festgeschriebenen Höchstbetrages von 2 100 DM, so werde ersichtlich, daß ein ständig wachsender Kreis von

Heimbewohnern trotz Pflegeversicherung Schritt für Schritt wieder da ankommen werde, wo er sich zuvor befunden habe, nämlich in der Sozialhilfe.

5. Finanzierung

- a) Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. betonten, daß man sich dazu entschlossen habe, den Wünschen der Krankenkassen nach einer möglichst reibungslosen Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes folgend, das Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung an das Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung weitestgehend anzupassen. In der Folge davon hätten die im Entwurf vorgesehenen Vorschriften neu angepaßt werden müssen. Dies habe im Bereich der alten §§ 53 ff. des Gesetzentwurfs zu umfangreichen Änderungen geführt. Geregelt sei dies in den neuen §§ 53 bis 57.

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. bedauerten, daß die Gespräche mit den Ländern hinsichtlich ihrer Mitfinanzierung der Pflegeversicherung bisher zu keinem Ergebnis geführt hätten.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sei dies insoweit unproblematisch, als der Gesetzentwurf erst ab Jahresbeginn 1996 für den Bereich der stationären Pflege Leistungen vorsehe.

Unbestritten sei, daß die Länder und Kommunen durch die Einführung der Pflegeversicherung von Aufwendungen im Sozialhilfebereich erheblich entlastet würden. Man sei nach wie vor der Meinung, daß ein Teil dieser Ersparnis für die Finanzierung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden solle.

Diese Absicht habe man — in appellierender Form — in dem neu gefaßten § 69 zum Ausdruck gebracht.

Man erinnere ausdrücklich in diesem Zusammenhang an den Beschluß der Koalitionsfraktionen vom 21. September 1993. Dort heißt es unter anderem, in sinngemäßer Wiedergabe:

— Die Koalition fordert die Länder erneut auf, in Gespräche und Verhandlungen darüber einzutreten, wie ein Teil der Ersparnisse der Sozialhilfeträger dem Bund zur Verfügung gestellt und der Pflegeversicherung zugeführt werden kann.

— Kommt es hier zu keiner Lösung, wird ein wesentlich größerer Teil der Pflegebedürftigen in den Pflegeheimen auch weiterhin von der Sozialhilfe abhängig sein als das bei einer Beteiligung der Länder der Fall wäre; die Verantwortung hierfür tragen dann die Länder.

Während der Beratungen habe man sich seitens der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. im übrigen dazu entschlossen, die stationär Versorgten, die gegenwärtig zum großen Teil auf Sozialhilfe angewiesen sind, in den Jahren 1994 bis 1996 — also bis zum Beginn der Leistungsgewährung

bei stationärer Pflege — beitragsfrei zu stellen. Es erscheine nicht gerechtfertigt, sie sofort zur Beitragszahlung heranzuziehen, ihnen aber erst ab 1996 Leistungen zu gewähren.

- b) Die Obergrenze des zur Beitragszahlung in der gesetzlichen Pflegeversicherung herangezogenen Einkommens hielten die Mitglieder der Fraktion der SPD im Gesetzentwurf der Koalition mit 5 400 DM pro Monat (Grenze wie in der Krankenversicherung) zu niedrig angesetzt. Notwendig sei eine Obergrenze wie in der Rentenversicherung (7 200 DM pro Monat). Da die über diese Obergrenze (Beitragsbemessungsgrenze) hinausreichenden Einkommensanteile beitragsfrei blieben, bewirke die Anwendung der niedrigeren, in der Krankenversicherung gültigen Grenze, daß die Beitragsbelastung der unteren und mittleren Einkommensgruppen relativ höher sei, wie wenn die in der Rentenversicherung gültige Grenze Anwendung fände. Auch dieser Effekt widerspreche der sozialen Gerechtigkeit, weil er entsolidarisierend wirke. Im Gegensatz zu den Leistungen in der Rentenversicherung, die in Abhängigkeit von der Höhe der in der Phase der Erwerbstätigkeit geleisteten Beiträge ausgestaltet seien, leiste die Pflegeversicherung beitragsunabhängig. Alle Versicherten erhielten im vergleichbaren Fall die gleichen Leistungen, wie hoch oder wie niedrig ihr Beitrag auch immer gewesen sein möge. Ein solches System funktioniere nur, wenn die einkommensstarken Gruppen auch wirklich entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit herangezogen würden. Der Koalitionsgesetzentwurf bewirke aber, daß die Bezieher höherer und hoher Einkommen relativ zu günstigeren Beitragsbedingungen Ansprüche auf Pflegeleistungen erwerben würden, als die Bezieher niedrigerer Einkommen.

Die Finanzvolumina der Pflegeversicherung seien im Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. und im Gesetzentwurf der Fraktion der SPD mit 25 Mrd. DM (Stand: 1991) gleich hoch. Hochgerechnet auf das Jahr 1994 und unter Zugrundelegung der Berechnungen im Regierungsentwurf bei Berücksichtigung eines größeren versicherten Personenkreises, einer anderen Beitragsbemessungsgrenze und einem Beitragsatz von 1,4 % belaufe sich das Finanzvolumen auf circa 30 Mrd. DM. Der unzureichende Mitgliederkreis der Pflegeversicherung und die niedrigere Beitragsbemessungsgrenze des Gesetzentwurfes der Koalition gegenüber dem Gesetzentwurf der Fraktion der SPD bewirkten aber einen deutlich höheren Beitragsatz (SPD: 1,4 %, Koalition: 1,7 %).

Der Regierungsentwurf gehe von Einsparungen der Sozialhilfeleistungen für Pflege von ca. 6 Mrd. DM aus. Die Länder sollten diese Einsparungen zur Hälfte (ca. 3 Mrd. DM) an die Pflegeversicherung rückführen.

Angesichts der mangelhaften Ausgestaltung des Pflegegesetzentwurfes der Bundesregierung seien die berechneten Einsparungen weit überhöht, sie würden spürbar unter 6 Mrd. DM liegen und von Jahr zu Jahr weiter abnehmen. Die den Bundesländern von der Regierung vorgerechneten Einspa-

rungen würden demnach netto (nach Abzug des 3,6-Milliarden-Zuschusses an die Pflegeversicherung) von untergeordneter Größenordnung sein. Für die Länder bestehe demnach auch kein finanzielles Motiv, den Regierungsvorstellungen zu folgen.

6. Pflegevergütung und Investitionsfinanzierung der Pflegeeinrichtungen

- a) Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. hoben hervor, daß die Aufwendungen für den laufenden Betrieb der Pflegeeinrichtungen durch die Pflegevergütung abgedeckt würden. Die Investitionsaufwendungen würden dabei durch einen gesondert ausgewiesenen Investitionszuschlag auf die Pflegevergütung beglichen. Die gesamtwirtschaftlichen Kosten für den Auf- und Ausbau der Pflegeinfrastruktur betrügen für die Jahre 1994 und 1995 je 0,6 Mrd. DM und ab 1996 3,6 Mrd. DM. Die Höhe der Investitionskosten ergebe sich jeweils aus den jährlich erforderlichen Kosten für Erneuerung, Sanierung und Neubau von Pflegeheimen und Sozialstationen.
- b) Der Regierungsentwurf gehe nach Ansicht der Fraktion der SPD von einer pseudo-monistischen Finanzierung der Pflegeeinrichtungen aus. Damit stehe ein bedeutender Beitragsanteil der Pflegeversicherung nicht für direkte Pflegeleistungen zur Verfügung. Angesichts des großen investiven Nachholbedarfs in den Pflegeheimen (nicht nur der ostdeutschen Bundesländer) werde ersichtlich, daß die monistische Finanzierungsmethode die Leistungsmöglichkeiten der Pflegeversicherung deutlich schmälerten. Die Fraktion der SPD habe sich daher aus wohlerwogenen Gründen für eine duale Finanzierung entschieden, also für eine Finanzierung aus zwei Händen. Danach sollten von den Beitragszahlern die Pflegeleistungen und von den Länderhaushalten über Steuermittel die Investitionskosten für Heime aufgebracht werden. Dies könne ohne eine Mehrbelastung der Steuerzahler geschehen, wenn die bei einer vernünftigen Ausgestaltung der Leistungen der Pflegeversicherung in der Sozialhilfe eingesparten Mittel für Modernisierung, Um- und Aufbau der Pflegeheime eingesetzt würden. Auch in der Finanzierung von Infrastrukturinvestitionen bei Pflege gehe der Regierungsentwurf also einen falschen Weg und sei für die Fraktion der SPD nicht akzeptabel. Auch mit den geänderten Regelungen des § 69 sei nach wie vor die Frage offen, wie die Einzelheiten zum Finanzierungsbeitrag der Länder in einem Staatsvertrag geregelt werden sollten, da es sich lediglich um einen Appell handele.

7. Datenschutz

- a) Mit der Neufassung des § 105 sei man hier den Wünschen des Datenschutzbeauftragten gefolgt, betonten die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. Es werde klargestellt, daß die gemeinsame Datenverarbeitung nicht für die

Pflege- und Krankenkassen insgesamt eröffnet wird, sondern sich auf die jeweils verbundenen Kassen beschränke. Ferner werde detailliert der Rahmen festgelegt, welche Daten zu welchen Zwecken gemeinsam erhoben, verarbeitet oder genutzt werden dürften.

- b) Von den Mitgliedern der Fraktion der SPD war unter Hinweis auf das Urteil des BVerfG zur Volkszählung die ursprüngliche Ausgestaltung des § 105 kritisiert worden.

8. Private Pflegeversicherung

Wie von den Mitgliedern der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. in anderem Zusammenhang bereits dargelegt, benennen die §§ 20 und 20a den versicherten Personenkreis, der in der privaten Pflegeversicherung versicherungspflichtig sein soll.

Der § 119 regelt nach den Vorstellungen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. die Leistungsbedingungen, die von der privaten Pflegeversicherung eingehalten werden müßten. Außerdem benenne der § 120 den Weg, den die privaten Versicherungen einzuschlagen hätten, um die geforderte Sozialverträglichkeit herzustellen. Den Mitgliedern der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. komme es darauf an, darauf hinzuweisen, daß von den privaten Unternehmen sozialverträgliche Leistungen vorgesehen werden müßten: zum Beispiel

- kein Ausschluß bereits pflegebedürftiger Personen,
- kein Ausschluß von Vorerkrankungen,
- keine Prämienstaffelung,
- keine Prämienhöhe, die den Höchstbetrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt,
- beitragsfreie Mitversicherung der nicht erwerbstätigen Kinder,
- für den Ehegatten keine Prämie von dann mehr als 150 % des Höchstbetrages der sozialen Pflegeversicherung.

Den privaten Unternehmen sei es mithin nicht möglich, für die Versicherungsnehmer einen risikoäquivalenten Beitrag zu kalkulieren. Dadurch können einzelne Unternehmen finanziell überfordert werden. Deshalb sei es notwendig, einen Ausgleich zwischen allen Unternehmen herbeizuführen. Daher wird allen Unternehmen, die die private Pflegeversicherung betreiben wollen, gesetzlich vorgegeben, daß sie ein Ausgleichssystem schaffen und erhalten müssen. Dieses System sei in § 120 unter dem Begriff „Risikoausgleich“ geregelt.

9. Kompensationsregelung für Abgeordnete, Minister, Parlamentarische Staatssekretäre und Beamte

Die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. unterstrichen, daß man im Deutschen Bundestag bei der Beratung des Entgeltfortzahlungsgesetzes

dargelegt habe, die neue Regelung der Besoldung an Feiertagen — Absenkung der Feiertagsvergütung um 20 % an zehn bundeseinheitlichen Feiertagen bzw. Verzicht auf zwei Tage Erholungsurlaub — auch auf die Beamten, die Bundesminister und die Parlamentarischen Staatssekretäre übertragen zu wollen. Das erfolge in den Artikeln 17 a, 17 b und 17 c.

Bei Lehrern könne die Wahl des Verzichts auf zwei Tage Urlaub nicht greifen. Deshalb komme es hier zunächst zur Absenkung der Feiertagsvergütung. Um jedoch eine Gleichbehandlung für Lehrer zu ermöglichen, habe man eine Öffnungsklausel vorgesehen. Danach könne durch Landesgesetz eine Regelung getroffen werden, die die Nichtanwendung der Absenkung der Feiertagslohnabsenkung durch die Übernahme zusätzlicher Arbeitszeit ermöglicht.

Auch die Abgeordneten würden in die Kompensation einbezogen, indem für zwei Tage pro Jahr die Abgeordnetenentschädigung gekürzt werde.

Die Rechtstellungskommission des Deutschen Bundestages äußerte Bedenken gegen die für Abgeordnete getroffene Regelung. Man sei sich zwar darin einig gewesen, daß die Abgeordneten in eine Pflegeversicherung einbezogen und im Pflegeversicherungsgesetz auch ihre Beitragspflichtigkeit geregelt werden sollte. Der Umfang der Beitragszuschüsse und der damit gegebenenfalls zu verbindenden Kompensationsleistung sei jedoch gesondert in den jeweiligen Abgeordnetengesetzen zu regeln. Die dazu erforderlichen Gesetzesänderungen sollten dann auch durch ein eigenständiges Änderungsgesetz und nicht durch das Pflegeversicherungsgesetz vorgenommen werden.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD sprachen sich ebenfalls — wie in anderen Bereichen auch — für eine Einbeziehung der Abgeordneten in eine Pflegeversicherung aus. Hinsichtlich des gewählten Verfahrens teilten sie die Bedenken der Rechtstellungskommission.

VII. Finanzielle Auswirkungen der beschlossenen Maßnahmen

Die finanziellen Auswirkungen der Pflegeversicherung sind in Teil C der Begründung des Gesetzentwurfs zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (ab S. 175 der Drucksachen 12/5262 und 12/5617) dargestellt. Darauf wird Bezug genommen.

Auf der Grundlage der Beschlußempfehlung ergeben sich im wesentlichen folgende finanzielle Auswirkungen der Pflegeversicherung:

1. Allgemeine Auswirkungen

Die soziale Pflegeversicherung wird durch Beiträge finanziert, die von Erwerbstätigen und deren Arbeitgebern, Rentnern und Rentenversicherungsträgern

sowie von Sozialleistungsträgern für Sozialleistungsempfänger aufgebracht werden. Für Altenteiler sowie Bezieher von Produktionsaufgaberente und Ausgleichsgeld in der Landwirtschaft werden die Beiträge zur Hälfte von den Alterskassen getragen, denen der Bund diese Beträge erstattet. Den Beitragsbelastungen stehen teilweise Entlastungen an anderer Stelle gegenüber. Entlastet werden diejenigen Sozialleistungsträger, die bisher schon Pflegeleistungen finanzieren (Krankenversicherung, Sozialhilfe, Kriegsopferfürsorge), die mit der Einführung der Pflegeversicherung ganz oder teilweise wegfallen. Darüber hinaus zahlt die Pflegeversicherung Beiträge an andere Sozialversicherungszweige, insbesondere an die Rentenversicherung. Die soziale Pflegeversicherung wird in zwei Stufen in Kraft treten. Ab dem 1. April 1994 werden Leistungen zur häuslichen Pflege gewährt. Mit dem 1. Januar 1996 werden zusätzlich Leistungen der stationären Pflege eingeführt.

2. Die Kosten der Pflegeversicherung

Die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung beschränken sich im Einführungsjahr ab 1. April 1994 auf den häuslichen Bereich und betragen voraussichtlich 10,8 Mrd. DM. Sie setzen sich zusammen aus den Aufwendungen für die folgenden Leistungen:

a) ambulante Leistungen	
— Pflegegeld und Sachleistungen	6,8 Mrd. DM
— Pflegeurlaub	0,2 Mrd. DM
— Tages-/ Nachtpflege und Kurzzeitpflege	1,4 Mrd. DM
— Pflegehilfsmittel, technische Hilfen	0,1 Mrd. DM
— ambulante Leistungen	8,5 Mrd. DM
b) soziale Sicherung der Pflegepersonen	2,3 Mrd. DM
insgesamt	10,8 Mrd. DM

Als Verwaltungskosten zahlt die Pflegeversicherung den gesetzlichen Krankenkassen 4% des Mittelwertes von Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben und 50% der Kosten des Medizinischen Dienstes

zusammen	1,0 Mrd. DM
zum Aufbau der Rücklage werden im Einführungsjahr eingestellt	5,4 Mrd. DM
	17,2 Mrd. DM

Am 1. Januar 1996 tritt die zweite Stufe der sozialen Pflegeversicherung in Kraft. Zusätzlich werden dann Leistungen zur stationären Pflege gewährt. Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sollen entsprechend der Einnahmenentwicklung dynamisiert werden. Da die Datengrundlage zur Ermittlung der nachstehenden Leistungsausgaben für 1996 noch

nicht vorhanden ist, liegen den nachfolgenden Berechnungen die aus den Beitragseinnahmen in 1994 möglichen Leistungen zugrunde (Wertebasis 1994).

Ambulante Leistungen

In 1996 erhöhen sich die Kosten nicht nur aufgrund der zusätzlich gewährten stationären Leistungen. Auch die Kosten für ambulante Leistungen fallen aufgrund der gegenüber 1994 höheren Zahl ambulant Pflegebedürftiger höher aus. Die daraus resultierenden Mehrkosten betragen 0,2 Mrd. DM, so daß insgesamt Kosten für ambulante Leistungen in Höhe von 11,7 Mrd. DM entstehen, unabhängig von möglichen Anpassungen der Leistungshöhe.

Stationäre Leistungen

Auf Basis von 1991 sind im stationären Bereich Pflegeleistungen bis zu 2 100 DM vorgesehen. Dynamisiert man diese Zahl entsprechend der Entwicklung des prognostizierten Beitragsvolumens, könnten 1994 stationäre Pflegeleistungen bis zu 2 389 DM gewährt werden; für das Jahr 1996 errechnet sich eine entsprechend höhere Leistung. Die ab 1. Januar 1996 zu zahlende Leistung für stationäre Pflege muß im Laufe des Jahres 1995 durch Bundesgesetz festgesetzt werden; die späteren Anpassungen erfolgen dann nach § 26 im Wege der Rechtsverordnung. Die Kosten für stationäre Pflegeleistungen belaufen sich auf der Wertebasis 1994 auf 10,7 Mrd. DM.

Weitere Kosten

Die Verwaltungskosten sollen nach einem Jahr überprüft werden; gegebenenfalls wird der Gesetzgeber unter Verwertung der Erfahrungen aus der Anlaufphase eine neue Erstattungsregelung treffen.

Die Kosten für die soziale Sicherung der Pflegepersonen betragen in 1996 2,9 Mrd. DM. Bei Beitragseinnahmen in Höhe von rund 29 Mrd. DM in 1996 könnte die Rücklage in der Größenordnung von ca. 2 Mrd. DM aufgestockt werden, sofern diese Mittel nicht für höhere Leistungen verwendet werden.

3. Beitragsbelastungen

Der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung beträgt ab dem 1. Januar 1994 1,0% des versicherungspflichtigen Einkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Beitrag wird von den Arbeitnehmern und ihren Arbeitgebern gemeinsam je zur Hälfte erbracht (je 0,5 Beitragssatzpunkte des versicherungspflichtigen Einkommens). Das Beitragsaufkommen liegt insgesamt bei 17,2 Mrd. DM. Der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung beträgt im Jahre 1996 1,7% des versicherungspflichtigen Einkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung. Die daraus

folgenden Beitragseinnahmen betragen dann auf der Wertebasis von 1994 29 Mrd. DM.

4. Investitionskosten

Die Aufwendungen für den laufenden Betrieb der Pflegeeinrichtungen werden durch die Pflegevergütung abgedeckt, die Investitionsaufwendungen werden dabei durch einen gesondert ausgewiesenen Investitionszuschlag auf die Pflegevergütung beglichen. Die gesamtwirtschaftlichen Kosten für den Auf- und Ausbau der Pflegeinfrastruktur betragen für die Jahre 1994 und 1995 je 0,6 Mrd. DM und ab 1996 3,6 Mrd. DM. Die Höhe der Investitionskosten ergibt sich jeweils aus den jährlich erforderlichen Kosten für Erneuerung, Sanierung und Neubau von Pflegeheimen und Sozialstationen.

Für die Finanzierung der Investitionskosten über den Zuschlag werden der Pflegeversicherung ab 1996 Finanzierungsbeiträge zur Verfügung gestellt. Diese sollen über das Bundesversicherungsamt aus den Einsparungen gespeist werden, die bei den Ländern und Gemeinden durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen. Einzelheiten, etwa zum Umfang des Finanzierungsbeitrages und zur Verteilung auf die einzelnen Länder, sollen in einem Staatsvertrag zwischen Bund und Ländern rechtzeitig vor dem Inkrafttreten der Leistungen zur stationären Pflege geregelt werden.

5. Unmittelbare Entlastungen durch die Pflegeversicherung

1. Sozialhilfe

Die gegenüber den Leistungen der Sozialhilfe vorrangigen Leistungen der Pflegeversicherung führen zu einer sehr nachhaltigen Entlastung der Sozialhilfeträger. Im Jahre 1994 treten die Entlastungen ab 1. April 1994 zunächst im ambulanten Bereich ein; sie sind mit rund 0,9 Mrd. DM zu veranschlagen. Ab dem Jahre 1996 wird die eigentliche Entlastung im stationären Bereich wirksam; sie wird auf 7 bis 8 Mrd. DM geschätzt. Ein Teil dieser Einsparungen soll der Pflegeversicherung zur Finanzierung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen zufließen.

2. Krankenversicherung

Mit dem Beginn der Leistungen der Pflegeversicherung entfallen die heutigen Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Einsparungen zugunsten der Krankenkassen betragen schon bei Einführung der ambulanten Pflegeleistungen durch die soziale Pflegeversicherung in 1994 rund 3 Mrd. DM. Durch Umwidmung und Abbau von heute mit Pflegebedürftigen fehlbelegten Krankenhausbetten werden mittel- bis langfristig rund 2,7 Mrd. DM eingespart, so daß in der GKV insgesamt von Einsparungen in Höhe von mindestens 5,7 Mrd. DM jährlich auszugehen ist.

3. Insgesamt ergeben sich 1994 durch die soziale Pflegeversicherung folgende Entlastungen:

— in der GKV	3,00 Mrd. DM *)
— in der Sozialhilfe	1,20 Mrd. DM **)

zusätzlich:

— in der Kriegsopferversorgung	0,03 Mrd. DM
— in der Kriegsopferfürsorge	0,77 Mrd. DM

VIII. Weitere Vorlagen

1. Entwurf eines Gesetzes zur Einführung einer gesetzlichen Pflegeversicherung (Pflege-Versicherungsgesetz — PflegeVersG) — Drucksache 12/1156 (neu) —

Zum Gesetzentwurf der Fraktion der SPD erklärten die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P., daß sie diesem nicht zustimmen könnten. Trotz einiger Gemeinsamkeiten mit einzelnen Inhalten des Koalitionsentwurfs bestünden jedoch gravierende Unterschiede, die eine Unterstützung des Entwurfs der Fraktion der SPD nicht zuließen.

Der Entwurf sehe unter anderem keine Kompensation der Beitragsbelastungen der Arbeitgeber vor. Er werde daher nicht nur den langfristigen, sondern — wie wir alle jeden Tag aus den Medien entnehmen können — insbesondere den aktuellen wirtschaftlichen Erfordernissen nicht gerecht.

Auch in weiteren Detailpunkten, insbesondere bei den stationären Pflegekosten, lägen die Vorstellungen der Opposition und der Regierungskoalition auseinander. Anders als der Entwurf der Fraktion der SPD, der eine unbeschränkte Kostenübernahme für stationäre Pflegeleistungen vorsehe und damit eine nicht mehr kalkulierbare finanzielle Belastung der Versichertengemeinschaft und der Wirtschaft bewirke, sei durch das Konzept der Koalitionsparteien sichergestellt, daß durch einen fest vorgegebenen Leistungsrahmen die finanzielle Stabilität der Pflegeversicherung und die Vorausberechenbarkeit der Beitragsbelastung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gewährleistet sei. Dies gelte auch für den Bereich der häuslichen Pflege, für den der Entwurf der Fraktion der SPD Öffnungsklauseln ohne Leistungsbegrenzung enthalte.

Ungeklärt sei bis heute auch, wie nach dem Entwurf der Fraktion der SPD trotz einer Beitragsmindereinnahme von rund 1 Mrd. DM gegenüber dem Koalitionsentwurf höhere Versicherungsleistungen möglich sein sollten.

*) Ab 1995 ergeben sich durch den Wegfall der Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit Entlastungen von 4 Mrd. DM jährlich. Mittel- bis langfristig werden weitere 2,7 Mrd. DM durch den Abbau fehlbelegter Krankenhausbetten eingespart.

**) 1996 ergeben sich in der Sozialhilfe voraussichtlich Entlastungen von 7 bis 8 Mrd. DM.

Angesichts der bestehenden sachlichen Differenzen in der Ausgestaltung der Pflegeversicherung, insbesondere hinsichtlich der finanziellen Unwägbarkeiten des Entwurfs der Fraktion der SPD gegenüber dem klar umrissenen Konzept der Koalition, sei eine Zustimmung zum Entwurf der Fraktion der SPD nicht möglich.

Die Fraktion der SPD brachte in die Ausschlußberatungen folgende Änderungsanträge zu Drucksache 12/1156 (neu) ein:

1. Zu Artikel 1 § 2 Abs. 1

In Artikel 1 § 2 Abs. 1 ist das Wort „Hilfe“ durch das Wort „Pflege“ zu ersetzen.

Begründung

Redaktionelle Angleichung an die Begriffsdefinition in § 2 Abs. 2 und 3.

2. Zu Artikel 1 § 2 Abs. 2

In Artikel 1 § 2 Abs. 2 sind die Worte „bettlägerig sind oder in vergleichbarem“ durch die Worte „in erhöhtem“ zu ersetzen.

Begründung

Der Begriff „bettlägerig“ ist zur Bestimmung eines höheren Grades der Pflegebedürftigkeit absolut ungeeignet. In aller Regel halten sich auch erhöht pflegebedürftige Menschen — außer bei akuter Krankheit — bei entsprechender Pflege tagsüber außerhalb des Bettes auf. Bettlägerigkeit ist daher nicht vom Grad der Pflegebedürftigkeit, sondern von der Qualität der Pflege abhängig. Macht man die Einstufung in eine höhere Pflegestufe von der Dauer der Bettlägerigkeit abhängig, dann schafft man völlig unangemessene Anreize, Pflegebedürftige länger im Bett liegen zu lassen, als dies fachlich geboten wäre.

3. Zu Artikel 1 § 18 Abs. 2 nach Satz 2, § 24 Abs. 4 bis 7

a) In Artikel 1 ist nach § 18 Abs. 2 Satz 2 folgender Satz anzufügen:

„Für die Durchführung medizinischer Leistungen zur Rehabilitation gilt § 5 Abs. 2 Satz 1 des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation.“

b) In Artikel 1 ist § 24 Abs. 4 bis 6 durch die folgenden Absätze 4 bis 7 zu ersetzen:

„(4) Der Inhalt des Landespflegevertrages ist Bestandteil des Versorgungsvertrages. Darüber hinaus bestimmt der Versorgungsvertrag Art, Inhalt und Umfang der Leistungen im einzelnen.

Besondere regionale Verhältnisse in der pflegerischen Versorgung sind zu berücksichtigen.

(5) Die Vergütung für die in Absatz 4 genannten Leistungen wird zwischen den Vertragsparteien vereinbart. Vertragspartner der Vergütungsvereinbarung nach Satz 1 sind die nach Absatz 1 zugelassenen Personen, Einrichtungen und Unternehmen oder deren Verbände bzw. Vereinigungen und die Sozialleistungsträger, sofern auf sie allein oder auf Arbeitsgemeinschaften von Sozialleistungsträgern insgesamt mehr als 5 % des Abrechnungsvolumens für ambulante oder stationäre Pflege im Jahr vor der Vergütungsvereinbarung entfällt.

Die Vergütung soll angemessen sein und regionale Besonderheiten berücksichtigen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten. Die Vergütung kann pauschaliert werden. Werden Preise für einzelne Leistungen vereinbart, so sind diese Preise Höchstpreise.

(6) Soweit für die Aufwendungen im Sinne des § 18 Abs. 3 Satz 1 Vereinbarungen gemäß § 93 Abs. 2 Satz 1 des Bundessozialhilfegesetzes getroffen werden, ist § 28 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Verhältnis zum überörtlichen Träger der Sozialhilfe entsprechend anzuwenden. Der überörtliche Träger der Sozialhilfe ist an den Verhandlungen nach Absatz 5 zu beteiligen.

(7) Kann eine angemessene Vergütung nicht vereinbart werden, so entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 25 innerhalb von 3 Monaten über die Vergütung.“

Begründung

Zu Buchstabe a

Die rehabilitierende Pflege im Rahmen der stationären Pflege setzt bereits seit längerem Verfahren und Methoden ein, die auch von anderen Sozialversicherungsträgern als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht werden können.

Um bisher nicht gekannte, zusätzliche Probleme der Leistungsabgrenzungen zwischen Sozialleistungsträgern während der stationären Pflege auszuschließen, soll der anzufügende Satz 3 klarstellen, daß während der stationären Rehabilitation mit den Mitteln der Pflegeeinrichtung erbrachte Rehabilitationsleistungen vollständig und umfassend von der Pflegeversicherung erfaßt sind.

Zu Buchstabe b

Die vorgeschlagene Neufassung hat zunächst systematische Gründe. Vergleichbare gesetzliche Regelungen sehen eine Trennung zwischen dem Abschluß von Versorgungsverträgen (Bedarfsprüfung) und der Gestaltung der Vergütungsregelung vor (z. B. § 111 Abs. 3 bis 5 SGB V).

Die sich danach ergebende Neufassung des Absatzes 5 gestattet zudem eine klarere Fassung bezüglich der Vertragspartner der Kostenvereinbarungen.

Die bisherige Entwurfsfassung sieht keine Lösung für das Verhältnis der Kostenvereinbarungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz und den auch in Zukunft unverzichtbaren Vereinbarungen der Sozialhilfeträger gemäß § 93 Abs. 2 Satz 1 BSHG für die Aufwendungen im Sinne des § 18 Abs. 3 Satz 1 des Entwurfes vor.

Der vorgeschlagene ergänzende Absatz 6 verzahnt die Sozialleistungsträger zur Vermeidung ungerechtfertigter Doppelleistungen durch die Beteiligung des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe an den Kostenverhandlungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz sowie durch die Verankerung der Transparenz der Kalkulationsgrundlagen über eine dem § 28 KHG entsprechende Offenbarungspflicht.

4. Zu Artikel 1 § 18 Abs. 3 Satz 1, 2

a) Artikel 1 § 18 Abs. 3 Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung hat der Versicherte zu tragen; durch die Pflege bedingte hauswirtschaftliche Leistungen sind diesen Kosten nicht zuzurechnen.“

b) In Artikel 1 § 18 Abs. 3 Satz 2 sind nach dem Wort „Kosten“ die Worte „einschließlich hauswirtschaftlicher Leistungen“ einzufügen.

Begründung

Zu Buchstaben a und b

Mit dieser Ergänzung wird klargestellt, daß hauswirtschaftliche Leistungen im stationären Bereich als pflegebedingte Leistungen nicht zu den vom Versicherten zu tragenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung rechnen.

5. Zu Artikel 1 § 19 Abs. 2 nach Satz 2

In Artikel 1 § 19 Abs. 2 ist nach Satz 2 folgender Satz 3 anzufügen:

„§ 276 des Fünften Buches gilt entsprechend.“

Begründung

Die Ergänzung dient der Rechtsklarheit. Durch den Verweis werden die Zusammenarbeit zwischen dem Träger der Pflegeversicherung und dem Medizinischen Dienst sowie der Umfang der für die Beratung und Begutachtung vorzulegenden Unterlagen geregelt.

6. Zu Artikel 1 § 28 nach Absatz 2

In Artikel 1 ist nach § 28 Abs. 2 folgender Absatz 3 anzufügen:

„(3) Die Vorschriften des 10. Kapitels des Fünften Buches gelten entsprechend.“

Begründung

Die Änderung dient der Rechtsklarheit. Durch die Einfügung der entsprechenden Geltung der Vorschriften des 10. Kapitels SGB V werden die Grundsätze des Umgangs mit Versicherungs- und Leistungsdaten aus der gesetzlichen Krankenversicherung (lex specialis) in die Pflegeversicherung transformiert (spezifische Ergänzung zu den datenschutzrechtlichen Generalvorschriften im SGB X — §§ 67 ff.).

7. Zu Artikel 1 § 34 Abs. 6

Artikel 1 § 34 Abs. 6 ist wie folgt zu fassen:

„(6) Personen ohne Einnahmen nach den Absätzen 2 und 3 sind beitragsfrei versichert, wenn sie

1. das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
2. behindert im Sinne von § 39 Abs. 1 Bundessozialhilfegesetz sind und in einem gemeinsamen Haushalt mit Personen leben, von denen sie überwiegend unterhalten werden,
3. ein Kind im Sinne von § 1 Abs. 1 und § 2 Abs. 1 Bundeskindergeldgesetz, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erziehen; der Erziehung steht die in häuslicher Gemeinschaft ausgeübte Sorge für ein Kind, das wegen einer Behinderung im Sinne von § 39 Abs. 1 Bundessozialhilfegesetz außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, auch nach dessen vollendetem 18. Lebensjahr gleich,
4. Pflegepersonen im Sinne von § 2 Abs. 4 sind.“

Begründung

Der in der bisherigen Fassung beitragsfrei versicherte Personenkreis soll beibehalten und insofern erweitert werden, als die Altersgrenze für die beitragsfreie Versicherung bestimmter Personen ohne beitragspflichtige Einnahmen für Behinderte, die in einem gemeinsamen Haushalt mit Personen leben, von denen sie überwiegend unterhalten werden, aufgehoben wird. Das gleiche gilt für Personen, die in ihrem Haushalt für einen Behinderten sorgen, der nicht in der Lage ist, sich selbst zu unterhalten.

8. Zu Artikel 7 Nr. 4 Buchstabe a, b (§ 67 Abs. 2 Satz 2 — neu — BSHG)

In Artikel 7 Nr. 4 wird der Buchstabe b zu Buchstabe a und ist wie folgt zu fassen:

a) In § 67 Abs. 2 wird folgender Satz 2 angefügt:

„Werden Leistungen nach § 68 Abs. 1 Nr. 2 oder gleichartige Leistungen gewährt, wird die Blindenhilfe in Höhe von 30 % des Betrages nach Satz 1 gewährt. Der Gesamtbetrag beider Leistungen darf den Betrag der ungekürzten Blindenhilfe nicht unterschreiten.“

Als Folge wird der bisherige Buchstabe a zu Buchstabe b.

Begründung

Die Änderung hat systematische Gründe. Mit der Ergänzung des § 67 Abs. 2 wird erreicht, daß die Vorschriften über die Leistungshöhe zusammengeführt werden. Da zahlreiche landesrechtliche Regelungen auf die Leistungshöhe in § 67 Abs. 2 verweisen, hätte eine Neuregelung in § 67 Abs. 5 des Entwurfs die Änderung zahlreicher Landesblindengeldgesetze zur Folge. Das muß vermieden werden.

9. Zu Artikel 7 Nr. 5

1. § 68 wird wie folgt neu gefaßt:

„§ 68
Hilfe zur Pflege

(1) Pflegebedürftigen ist Hilfe zur Pflege zu gewähren.

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

1. häusliche Pflegehilfe,
2. Pflegegeld,
3. Ersatzpflege,
4. Tagespflege,
5. Beratung und Hilfe,
6. Wohnungshilfen,
7. Fahr- und Transportkosten,
8. stationäre Pflege.

(3) Bei Personen, die nicht mindestens erheblich pflegebedürftig sind, soll der Träger der Sozialhilfe darauf hinwirken, daß Betreuung und Pflege durch Personen, die dem Pflegebedürftigen nahestehen oder im Wege der Nachbarschaftshilfe übernommen werden. In diesen Fällen sind dem Pflegebedürftigen die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson zu erstatten und angemessene Beihilfe zu gewähren.

(4) Ist neben oder anstelle der Betreuung und Pflege nach den Absätzen 1 bis 3 die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich, so sind die angemessenen Kosten hierfür zu übernehmen.

(5) Leistungen nach den Absätzen 1 bis 3 werden nicht gewährt, soweit der Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhält.

(6) Personen, die bei Inkrafttreten des Siebten Buches Sozialgesetzbuch als Schwerstpflegebedürftige im Sinne der Verordnung zur Durchführung des § 24 Abs. 2 Satz 1 des Bundessozialhilfegesetzes vom 28. Juni 1974 (BGBl. I S. 1364) Hilfe zur Pflege erhalten, stehen Schwerstpflegebedürftigen nach § 2 Abs. 3 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch gleich. In diesen Fällen gilt die Einkommensgrenze des § 81 Abs. 2.“

2. Zu Artikel 7 Nr. 2

In § 38 Abs. 2 Nr. 4 werden die Worte „§ 68 Abs. 2 in Verbindung mit § 70 Abs. 3“ durch die Worte „§ 68 Abs. 3 und 4“ ersetzt.

3. Zu Artikel 7 Nr. 6

§ 70 Abs. 3 wird wie folgt neu gefaßt:

„(3) § 68 Abs. 3 und 4 gilt entsprechend.“

Begründung

Zu Nummer 1 — § 68 Abs. 1

Durch die redaktionelle Trennung des bisherigen Absatzes 1 in zwei Absätze wird verdeutlicht, daß alle Pflegebedürftigen einen Rechtsanspruch auf Hilfe zur Pflege haben. Insofern tritt keine Änderung zur bestehenden Rechtslage ein. Ein Rechtsanspruch auf ambulante und stationäre Versorgung bleibt beispielsweise erhalten bei Pflegebedürftigen, die den Grad erheblicher Pflegebedürftigkeit noch nicht erreicht haben. Aber auch erheblich pflegebedürftige behalten ihren Rechtsanspruch auf stationäre Leistungen, soweit dieser nicht von der gesetzlichen Pflegeversicherung abgedeckt wird. Selbstverständlich werden diese Sozialhilfeleistungen nur dann gewährt, wenn die üblichen sozialhilferechtlichen Voraussetzungen vorliegen, insbesondere nicht ausreichendes Einkommen und Vermögen.

Zu Nummer 1 — § 68 Abs. 3 und 4

Die bisherige Formulierung sieht eine Ermessensleistung vor. Die neue Formulierung sichert für die Betroffenen einen Rechtsanspruch. Dies ist folgerichtig, da Anhaltspunkte für die Ermessensausübung nicht bestehen. Damit bleiben die bisherigen Rechtsansprüche des geltenden BSHG nach § 69 Abs. 2 auch künftig erhalten. § 68 Abs. 4 sichert als Auffangtatbestand die Finanzierung besonderer Pflegekräfte, soweit sie den in der gesetzlichen Pflegeversicherung begrenzten zeitlichen Rahmen von 60 Einsätzen im Monat übersteigt.

Zu Nummer 1 — § 68 Abs. 6

Bei dieser Änderung handelt es sich um eine Richtigstellung eines redaktionellen Fehlers.

Zu den Nummern 2 und 3

Bei diesen Änderungen handelt es sich um Folgeänderungen von Nummer 1.

10. Zu Artikel 7 Nr. 7 Buchstabe a
(§ 81 Abs. 1 Nr. 5 BSHG)

In Artikel 7 Nr. 7 Buchstabe a ist die Angabe „§ 68 Abs. 1“ zu ersetzen durch die Angabe „§ 68“.

Begründung

Mit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung werden nur noch sehr wenige Personen Rechtsansprüche auf Sozialhilfeleistungen behalten. Aus diesem Grund ist eine Vereinheitlichung der bisher differenziert geltenden drei Einkommensgrenzen bei Leistungen der Hilfe zur Pflege sinnvoll. In der Praxis werden vor allem ergänzende Leistungen beim Einsatz besonderer Pflegekräfte gemäß § 68 Abs. 3 eine Rolle spielen. Für diese Leistungen gilt künftig die gleiche Einkommensgrenze wie im geltenden Recht. Die vorgeschlagene Veränderung ist also eine Klarstellung des ohnehin Gewollten.

11. Zu Artikel 7 Nr. 8 (§ 91 Abs. 1 Satz 3 — neu — BSHG)

In Artikel 7 ist die Nummer 8 wie folgt zu fassen:

„8. § 91 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 1 Satz 2 ist folgender Satz 3 anzufügen:

„Werden Leistungen nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch oder Leistungen nach § 68 gewährt, darf ein Übergang nur in dem Umfang bewirkt werden, wie er bei einer Hilfe in besonderen Lebenslagen zulässig wäre.“

- b) In Absatz 3 Satz 1, zweiter Halbsatz werden die Worte „... (weiter wie in der Vorlage Nummer 8).“

Begründung

Zu Buchstabe a

Da der Leistungsumfang der Pflegeversicherung auch bei stationärer Unterbringung nur den pflegebedingten Anteil umfaßt, hat der Pflegebedürftige — sofern die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind — für Unterkunft und Verpflegung einen Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt. Diese Kosten sind künftig zu trennen von den pflegebeding-

ten Aufwendungen und demnach nicht mehr Bestandteil der Hilfe in besonderen Lebenslagen. Damit entfällt auch die privilegierte Heranziehung Unterhaltsverpflichteter nach § 91 Abs. 1 BSHG. Um eine Schlechterstellung der vorgenannten Unterhaltsverpflichteten gegenüber geltendem Recht zu vermeiden, soll die neue Formulierung eingefügt werden.

In diesem Zusammenhang ist es allerdings sozialpolitisch unverzichtbar, den nicht stationär versorgten Personenkreis hinsichtlich der Heranziehung unterhaltsverpflichteter Angehöriger gleichzustellen. Jede andere Lösung würde dazu führen, daß Unterhaltsverpflichtete ggf. ihre pflegebedürftigen Angehörigen zu einer Heimunterbringung veranlassen könnten, nur um in den Genuß der vorteilhafteren Regelungen des § 91 Abs. 1 BSHG zu gelangen. Dies wäre im Hinblick auf § 3 PflegeVersG und § 3a BSHG unververtretbar.

Zu Buchstabe b

Unveränderter Text der Vorlage.

12. Zu Artikel 7 Nr. 9 (§ 120 Abs. 1 Satz 1 BSHG)

Artikel 7 Nr. 9 ist zu streichen.

Begründung

Für aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland einreisende Ausländer hat § 120 Abs. 1 BSHG praktisch keine Bedeutung. Deutschen gleichgestellte Ausländer, insbesondere Asylberechtigte und Kontingentflüchtlinge sowie Ausländer aus Staaten der Europäischen Gemeinschaften fallen ohnehin nicht unter die Regelung des § 120 Abs. 1. Für Asylbewerber gilt die Spezialregelung des § 120 Abs. 2 BSHG, nach der Hilfe zur Pflege gewährt werden kann.

Praktische Bedeutung hat § 120 Abs. 1 für Ausländer, die in der Bundesrepublik Deutschland bereits leben, vor allem hinsichtlich Leistungen, die die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung ergänzen. Der Rechtsanspruch für diese Ausländer, die seit langem in der Bundesrepublik Deutschland leben, soll entsprechend den geltenden Regelungen im BSHG erhalten bleiben.

13. Nach Artikel 11

Nach Artikel 11 ist folgender neuer Artikel 11 a einzufügen:

„Artikel 11 a
Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes

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

1. In § 44 Abs. 2 b Nr. 3 werden nach dem Wort „K indes“ die Worte „oder der Pflege eines Pflegebedürftigen nach § 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
2. § 46 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 2 werden nach dem Wort „K indes“ die Worte „oder wegen der Pflege eines Pflegebedürftigen im Sinne des § 2 Abs. 2 oder 3 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
 - b) In Satz 3 werden
 - aa) nach Nummer 2 folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. um die Dauer der Pflege eines außergewöhnlich oder Schwerstpflegebedürftigen im Sinne des § 2 Abs. 2 oder 3 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch, soweit wegen der Pflege keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wurde,“

und
 - bb) die Worte „Nummer 1 oder 2“ durch die Worte „Nummer 1 bis 3“ ersetzt.
3. In § 49 Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Kindererziehung“ die Worte „oder der Pflege eines außergewöhnlich oder Schwerstpflegebedürftigen im Sinne des § 2 Abs. 2 oder 3 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
4. § 107 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Satz 1 Nr. 5 Buchstabe d wird folgender Buchstabe e eingefügt:

„e) der Pflege eines außergewöhnlich oder Schwerstpflegebedürftigen im Sinne des § 2 Abs. 2 oder 3 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch, wenn durch die Pflege eine die Beitragspflicht begründende Beschäftigung unterbrochen worden ist,“.
 - b) In Satz 2 werden nach den Worten „Buchstabe c“ die Worte „oder Buchstabe e“ eingefügt.
5. In § 112 Abs. 2 Satz 2 werden
 - a) nach den Worten „nicht bezogen hat“ die Worte „und Zeiten der Pflege eines außergewöhnlich oder Schwerstpflegebedürftigen im Sinne des § 2 Abs. 2 oder 3 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch“ und
 - b) nach dem Wort „K indes“ die Worte „oder der Pflege“ eingefügt.

Als Folge sind in der Inhaltsübersicht nach Artikel 11 die Worte „Artikel 11 a Arbeitsförderungsgesetz“ einzufügen.

Begründung

Mit den vorgeschlagenen Änderungen wird die soziale Sicherung von Pflegepersonen als wesentliches Element der Stärkung und Förderung häuslicher Pflege um den Schutz bei Arbeitslosigkeit ergänzt und

verbessert. Dies ist deshalb geboten, weil andernfalls Personen, die wegen der Übernahme von Pflege eine beitragspflichtige Beschäftigung aufgeben müssen, ihren Sicherungsschutz bei Arbeitslosigkeit verlieren können.

Die rechtliche Ausgestaltung folgt im wesentlichen den Regelungen zur Berücksichtigung von Zeiten der Kindererziehung im Arbeitsförderungsgesetz. Unterscheidungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht (Abhängigkeit vom Grad der Pflegebedürftigkeit, keine Zeitgrenze) tragen den sachlichen Gegebenheiten Rechnung.

Zu Nummer 1 (§ 44 Abs. 2 b Nr. 3)

Die Vorschrift regelt die Gewährung von Teilunterhaltsgeld an Pflegepersonen, die in das Erwerbsleben zurückkehren, wenn von ihnen die Teilnahme an einer ganztägigen Maßnahme wegen der (weiteren) Betreuung pflegebedürftiger Personen nicht erwartet werden kann.

Zu Nummer 2 (§ 46 Abs. 1)

Für Pflegepersonen, die wegen der Betreuung eines Pflegebedürftigen keine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben, wird die Rahmenfrist von drei Jahren, innerhalb derer zwei Jahre lang eine beitragspflichtige Beschäftigung ausgeübt oder Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe bezogen wurde, für die Gewährung von Förderungsleistungen um die Dauer der Pflege verlängert.

Zu Nummer 3 (§ 49 Abs. 1 Satz 1)

Durch diese Vorschrift kann der Einarbeitungszuschuß an Arbeitgeber auch in solchen Fällen gewährt werden, in denen Arbeitnehmer in das Erwerbsleben zurückkehren.

Zu Nummer 4 (§ 107)

Nach geltendem Recht ist Voraussetzung für den Anspruch auf Arbeitslosengeld die Erfüllung der Anwartschaft (§ 104 AFG), d. h., der Arbeitslose muß innerhalb der Rahmenfrist von drei Jahren mindestens 360 Kalendertage bzw. unter der Voraussetzung von § 104 Abs. 1 Satz 4, mindestens 180 Kalendertage in einer die Beitragspflicht begründenden Beschäftigung gestanden haben. Der Gesetzgeber hat aus sozialen Gesichtspunkten bestimmte Zeiten einer beitragspflichtigen Beschäftigung gleichgestellt. Gleichstellung bedeutet, daß diese Zeiten genauso zu behandeln sind wie die Zeiten einer beitragspflichtigen Beschäftigung. Sie sind daher sowohl bei der Berechnung der Anwartschaftszeit (§ 104 AFG) als auch bei der Berechnung der Anspruchsdauer (§ 106 AFG) zu berücksichtigen. Diese Regelung wird auf die Dauer der Pflege außergewöhnlich und Schwerstpflegebedürftiger ausge-

dehnt. Voraussetzung ist allerdings, daß durch die Pflege eine die Beitragspflicht begründende Beschäftigung unterbrochen worden ist. Schließlich wird sichergestellt, daß Zeiten der Pflege, in denen eine Pflegeperson Arbeitslosengeld erhalten hat, selbst keinen neuen Anspruch auf Arbeitslosengeld begründen.

Zu Nummer 5 (§ 112 Abs. 2)

Bei der Festlegung des Bemessungszeitraums, in dem das der Bemessung des Arbeitslosengeldes zugrunde liegende Arbeitsentgelt erzielt sein muß, werden Pflegezeiten nicht eingerechnet, wenn die in diesen Zeiten erzielten Entgelte oder zurückgelegten Arbeitszeiten gemindert sind. Damit werden negative Auswirkungen in der Leistungshöhe durch pflegebedürftige Einbußen aufgefangen.

14. Nach Artikel 11 a — neu —

Nach Artikel 11 a — neu — ist folgender neuer Artikel 11 b einzufügen:

„Artikel 11 b

Änderung des Einkommensteuergesetzes

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

In § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe a wird nach dem Wort „Kranken-“ das Wort „Pflege-“ eingefügt.

Als Folge sind in der Inhaltsübersicht nach dem Artikel 11 a — neu — die Worte „Artikel 11 b Einkommensteuergesetz“ einzufügen.

Begründung

§ 10 EStG beschreibt die Sonderausgaben als Aufwendungen, die weder Betriebsausgaben noch Werbungskosten sind, in ihrer Art und beziffert die Steuerfreibeträge.

Hierzu gehören neben den Beiträgen zur Kranken-, Unfall- und zu Halftpflichtversicherungen sowie zu den gesetzlichen Rentenversicherungen und der Bundesanstalt für Arbeit systematisch auch die Beiträge für die Pflegeversicherung.

Die Beiträge zur Pflegeversicherung dienen — vergleichbar den Beiträgen zur Kranken-, Unfall-, Renten- und Halftpflichtversicherung sowie zur Bundesanstalt für Arbeit — der Vorsorge, nämlich für das Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit.

Die Einbeziehung der Beiträge zur Pflegeversicherung unmittelbar nach der Nennung der Beiträge zur Krankenversicherung entspricht der Systematik des § 10 EStG.

15. Nach Artikel 13

Nach Artikel 13 ist folgender neuer Artikel 13 a einzufügen:

„Artikel 13 a

Gesetzlicher Auftrag

(1) Versicherte, die zum anspruchsberechtigten Personenkreis des § 39 Abs. 1 und 2 des Bundessozialhilfegesetzes gehören und im Rahmen der Eingliederungshilfe Leistungen beanspruchen können, die über die Leistungen nach diesem Gesetz hinausgehen, erhalten die ihnen nach diesem Gesetz zustehenden Leistungen im Auftrage und auf Rechnung des Trägers der Pflegeversicherung vor zuständigen Trägern der Sozialhilfe.

(2) § 91 Abs. 2 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

Begründung

Bisher deckt der Sozialhilfeträger das gesamte Leistungsspektrum im Rahmen der Ansprüche der Eingliederungshilfe für Behinderte und der Hilfe zur Pflege umfassend ab. Die vorgeschlagene Ergänzung stellt sicher, daß die Anspruchsberechtigten nach § 39 Abs. 1 und 2 BSHG künftig nur mit einem Leistungsträger zu tun haben (Statussicherung). Der Sozialhilfeträger erbringt die Leistungen der Pflegeversicherung als Auftragsgeschäft für die Träger der Pflegeversicherung und rechnet die ihm entstehenden Kosten mit dem Träger der Pflegeversicherung ab (§ 91 Abs. 2 SGB X).

Der Ausschuß beschloß mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion der SPD und des Mitglieds der Gruppe der PDS/Linke Liste, dem Deutschen Bundestag die Ablehnung des Gesetzentwurfes zu empfehlen.

2. Entwurf eines Gesetzes zur sozialstaatlichen Gewährleistung von Assistenz, Anleitung und/oder Pflege (Pflege-Assistenz-Gesetz) — Drucksache 12/4099 —

Der Entwurf sehe steuerfinanzierte Leistungen vor, so die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P., die aus dem Bundeshaushalt mit rund 100 Mrd. DM zu finanzieren wären. Die Annahme, daß ein Betrag in dieser Größenordnung jetzt oder in Zukunft zu Lasten des Bundeshaushaltes zur Verfügung stünde, habe jeden Bezug zur Realität verloren. Auch die Mitglieder der Fraktion der SPD wiesen insbesondere auf die sehr unrealistischen finanziellen Vorstellungen dieses Gesetzentwurfes hin.

Die Gruppe der PDS/Linke Liste unterstrich, daß sie in ihrem Entwurf eines steuerfinanzierten Leistungsgesetzes die beste Lösung der Absicherung der Pflege sehe. Eine Steuerfinanzierung sei verfassungsrecht-

lich unbedenklich. Sie habe den Vorteil, daß alle privaten Einkommen entsprechend ihrer Höhe zu gleichen Teilen (ohne Bemessungsgrenze) an der Finanzierung beteiligt würden. Ein steuerfinanziertes Pflege-Assistenz-Gesetz bedeute einen Ausbau des Sozialstaates. Der Leistungsumfang gehe von der Pflicht zur Bedarfsdeckung aus; die entwürdigende Sozialhilfe entfalle. Die Selbstbestimmung der auf assistierende Pflege angewiesenen Menschen werde über die direkte Verfügung über die Summen gewährleistet. Die Pflegenden würden durch eine der Leistung adäquate gesellschaftliche Aufwertung, Bezahlung und Versicherung ihrer Arbeit, umfassend sozial gesichert.

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung beschloß mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P. gegen die Stimme des Mitglieds der Gruppe der PDS/Linke Liste, dem Deutschen Bundestag die Ablehnung des Gesetzentwurfes zu empfehlen.

3. Antrag zur Sozialen Absicherung einer besseren Pflege — Drucksache 12/1712 —

Die Forderung nach Errichtung einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung entspreche zwar im Ansatz weitgehend dem Konzept der Regierungskoalition, erklärten die Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. Allerdings gingen die Vorstellungen der Gruppe BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN über die zu erbringenden Leistungen weit über das hinaus, was realistisch finanzierbar sei.

Der Ausschuß stellte fest, daß sich mit der Beschlußfassung zu den übrigen Vorlagen der Antrag erledigt habe.

B. Besonderer Teil

Zur Begründung der einzelnen Vorschriften wird — soweit sie im Verlauf der Ausschußberatungen nicht geändert oder ergänzt wurden — im wesentlichen auf den Gesetzentwurf — Drucksachen 12/5617, 12/5216 — verwiesen. Hinsichtlich der vom Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung geänderten oder neu eingefügten Vorschriften ist folgendes zu bemerken:

Zu Artikel 1 (§ 1) — Soziale Pflegeversicherung

Zu Absatz 5

Redaktionelle Änderung im Hinblick auf Artikel 35.

Zu Absatz 6

Der Bundeszuschuß entfällt im Hinblick auf die Regelung in § 69.

Zu Artikel 1 (§ 8) — Gemeinsame Verantwortung

Die Einfügung der Kommunen dient der Klarstellung, daß auch die Kommunen als regionale Gebietskörperschaften in die Verantwortung für die Versorgungsstruktur einbezogen sind.

Die Beteiligung des Medizinischen Dienstes ist geboten, damit dessen Erkenntnisse und Erfahrungen in die Maßnahmen zum Auf- und Ausbau der Versorgungsstruktur einfließen können.

Zu Artikel 1 (§ 9) — Aufgaben der Länder und des Bundes

Zu Absatz 2

Die Einbeziehung der Organisationen der Behinderten, der Verbände der privaten ambulanten Dienste und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen stellt sicher, daß zum einen dem Ausschuß Organisationen angehören, die allein die Interessen der Pflegebedürftigen vertreten, und daß zum anderen die Erkenntnisse und Erfahrungen des Medizinischen Dienstes sowie der Verbände der privaten ambulanten Dienste in die Ausschußarbeit einfließen können (Satz 1).

Die Einfügung in Satz 2 macht deutlich, daß dem Ausschuß neben den genannten Koordinierungsaufgaben vorrangig die Beratung der Bundesregierung obliegt.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift verbessert auf der Grundlage einer regelmäßigen Berichterstattung die Information des Deutschen Bundestages und des Bundesrates über Fragen der Absicherung des Pflegerisikos, insbesondere zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen, der Ausgaben, des Beitragssatzes und der Pflegeinfrastruktur.

Zu Artikel 1 (§ 10) — Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

Zu Absatz 1

Die Einfügung verdeutlicht, daß sich die Versorgung nicht auf eine „Satt- und Sauber-Pflege“ beschränkt, sondern darauf ausgerichtet sein muß, den Pflegebedürftigen in seine Pflege und Betreuung aktiv einzubeziehen, um insbesondere den Willen und die Fähigkeit zur Selbsthilfe zu fördern und zu unterstützen.

Zu Absatz 2

Der Vorrang der freigemeinnützigen und privaten Trägergruppen gegenüber den öffentlichen, insbesondere den kommunalen Pflegeeinrichtungen, entspricht dem Subsidiaritätsprinzip. Die Regelung konkretisiert den Grundsatz der Trägervielfalt, wonach

soziale Einrichtungen wie z. B. Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen von der öffentlichen Hand nur vorgehalten werden sollen, soweit die Versorgung nicht durch andere Träger sichergestellt ist.

Zu Artikel 1 (§ 11) — Aufgaben der Pflegekassen

Im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages für die pflegerische Versorgung müssen die Pflegekassen mit dafür Sorge tragen, daß ihren Versicherten bundesweit ein ausreichendes und leistungsfähiges Pflege- und Betreuungsangebot zur Verfügung steht. Die Pflegekassen haben dabei insbesondere auf den Abbau regionaler Unterversorgung in der ambulanten, teilstationären oder stationären Pflege hinzuwirken.

Zu Artikel 1 (§ 11a) — Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

Zu Absatz 3

Es wird klargestellt, daß auch die Leistungen der Eingliederungshilfe im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe unberührt bleiben.

Zu Absatz 4

Redaktionelle Änderung.

Zu Artikel 1 (§ 12) — Begriff der Pflegebedürftigkeit

Zu den Absätzen 1 und 2

Die Änderungen stellen klar, daß geistig behinderte und seelisch kranke Menschen in gleicher Weise wie Pflegebedürftige als Folge organischer Erkrankungen dann Leistungen der Pflegeversicherung erhalten können, wenn Hilfebedarf für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer besteht. Es erfolgt insoweit auch eine Angleichung an das Rehabilitationsangleichungsgesetz (§ 1 Abs. 1) und an das Schwerbehindertengesetz (§ 3). Die neue Formulierung stellt weiterhin klar, daß der funktionelle Zusammenhang bei geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen mit dem zentralen Nervensystem nicht in jedem Einzelfall im Sinne einer medizinisch-wissenschaftlichen Beweiskette geführt werden muß.

Zu Absatz 3

Die Änderung stellt klar, daß auch unterstützende Hilfen bei Verrichtungen, die der Pflegebedürftige grundsätzlich selber erledigen kann, zu den notwen-

digen Hilfeleistungen im Sinne des Gesetzes gehören (z. B. Benutzung der Toilette).

Zu Absatz 4

Es werden ausschließlich täglich erforderliche Verrichtungen der Körperpflege aufgezählt; seltener erforderliche Verrichtungen (Nagelpflege, Haarewaschen) werden gestrichen.

Zu Artikel 1 (§ 13) — Stufen der Pflegebedürftigkeit

Zu Absatz 1

Es wird deutlich gemacht, daß für die Pflegestufe I stets mindestens drei Verrichtungen entweder aus einem Bereich oder drei Verrichtungen aus mindestens zwei verschiedenen Bereichen erforderlich sind. Hierdurch soll dem unrichtigen Eindruck entgegen gewirkt werden, daß bereits geringfügiger Hilfebedarf, zum Beispiel beim Zähneputzen, ausreicht, um den Grad der „erheblichen Pflegebedürftigkeit“ zu erreichen. In Wirklichkeit ist es so, daß dann, wenn Hilfebedarf bei einer der genannten Verrichtungen erforderlich ist, zwangsläufig auch zusätzlicher Hilfebedarf bei anderen Verrichtungen gegeben ist. So geht beispielsweise ein Hilfebedarf beim Zähneputzen u. a. einher mit Hilfebedarf beim

— Rasieren (der Rasierapparat kann nicht zum Gesicht geführt werden, weil die Hände zittern),

— Nahrungsaufnahme (Gabel und Löffel können nicht zum Mund geführt werden, weil die Hände zittern),

— An- und Ausziehen (Knöpfe und Reißverschlüsse können nicht erreicht oder wegen Zitterns nicht bedient werden).

Daraus wird deutlich, daß auch bereits in der Pflegestufe I ein nicht unerheblicher Hilfebedarf vorausgesetzt wird, der sich auch in einem entsprechenden Zeitaufwand niederschlägt.

Zu Absatz 3

Der neue Absatz 3 ermöglicht es dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung über eine Verordnung nach § 14 oder den Pflegekassen über Richtlinien nach § 15 den Zeitmindestaufwand in den einzelnen Pflegestufen festzulegen. Dadurch wird verhindert, daß geringfügige Hilfeleistungen bei der Körperpflege, der Ernährung oder Mobilität bereits zur Anerkennung einer der drei Pflegestufen führen.

Zu Artikel 1 (§ 15) — Richtlinien der Pflegekassen

Zu Absatz 1

Mit den Ergänzungen sollen die Beteiligung des Medizinischen Dienstes und des Bundesministeriums

für Arbeit und Sozialordnung an den Richtlinien sichergestellt werden.

Zu Absatz 2

Die von den Spitzenverbänden beschlossenen Richtlinien werden nur wirksam, wenn sie vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung genehmigt worden sind. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die vorgelegten Richtlinien nicht innerhalb von einem Monat nach Eingang der Vorlage beanstandet werden. Die Monatsfrist ist eine Ausschlußfrist, die auch mit Zustimmung der Spitzenverbände nicht verlängert werden kann. Etwaige Beanstandungen müssen den Spitzenverbänden mit einer Frist zur Behebung zur Kenntnis gebracht und von ihnen innerhalb der Frist behoben werden. Erst danach erteilt das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung die Genehmigung.

Zu Artikel 1 (§ 15) — Richtlinien der Pflegekassen

Die Richtlinien der Pflegekassen zur einheitlichen Rechtsanwendung und zur näheren Abgrenzung des Personenkreises der Pflegebedürftigen und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit werden in der Praxis erhebliche Auswirkungen haben. Von daher ist es besonders wichtig, daß neben den bereits benannten Institutionen auch die Verbände der privaten ambulanten Dienste bei der Erstellung der Richtlinien beteiligt werden.

Zu Artikel 1 (§ 16) — Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Zu Absatz 2

Die Ergänzung stellt klar, daß die Vorschriften des SGB I über die Grenzen der Mitwirkungspflichten durch die Sätze 1 und 2 nicht ausgehebelt werden.

Zu Absatz 3

Die behandelnden Ärzte, insbesondere die Hausärzte, können aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen über den Pflege- und Betreuungsbedarf des Patienten und über seine häusliche Situation dem Medizinischen Dienst wichtige Informationen u. a. darüber geben, ob und in welchem Grad Pflegebedürftigkeit vorliegt. Im Interesse einer sachgerechten Begutachtungspraxis soll der Medizinische Dienst daher mit den behandelnden Ärzten, als einer der wichtigsten Erkenntnisquellen, eng zusammenarbeiten.

Zu Absatz 5

Die vorgesehene Mitteilung des Medizinischen Dienstes über das Ergebnis der Begutachtung braucht die Pflegekasse zur Bescheidung des Leistungsantrages des Versicherten. Zusätzlich zu dieser Mitteilung

hat der Medizinische Dienst Empfehlungen an die Pflegekasse zu richten hinsichtlich der im Einzelfall gebotenen Maßnahmen zur Rehabilitation, zu Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie zu einem mit dem Versicherten bei der Untersuchung erörterten individuellen Pflegeplan. Diese Empfehlung soll der Pflegekasse die notwendige Informationsgrundlage für die Beratung und rehabilitative und pflegerische Betreuung des Versicherten geben.

Zu Absatz 6

Die Ergänzung der Vorschrift soll die Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegefachkräften sowie anderen geeigneten nichtmedizinischen Fachkräften im Medizinischen Dienst der Krankenversicherung verdeutlichen. Der Arzt stellt die Pflegebedürftigkeit und ihren Umfang fest. Zur ganzheitlichen Beurteilung der Pflegesituation, insbesondere auch bei der Beurteilung von Behinderten und deren Hilfebedarf, ist aber die Beteiligung der Pflegeberufe und anderer Fachkräfte unverzichtbar. Hierzu zählen z. B. Heil- und Sonderpädagogen, Sozialarbeiter, Psychologen oder spezielle Fachärzte, die entweder beim Medizinischen Dienst angestellt sind oder von ihm im Einzelfall beauftragt werden.

Soweit der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Fachkräfte beteiligt, die nicht Beschäftigte des Medizinischen Dienstes sind, bedarf es aus datenschutzrechtlichen Gründen einer Ermächtigung, damit diesen die für ihre Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten übermittelt werden dürfen.

Zu Artikel 1 (§ 18) — Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt die Pflegeversicherungspflicht der in der gesetzlichen Krankenversicherung Pflichtversicherten. Für diesen Personenkreis gilt der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ weitgehend konsequent. Der Grundsatz wird nur durch die Regelung in Artikel 29 für solche Personen ausnahmsweise durchbrochen, die bereits vor dem Stichtag 23. Juni 1993 einen privaten Pflegeversicherungsvertrag abgeschlossen hatten.

Die Versicherungspflichttatbestände des Absatzes 1 knüpfen an die Versicherungspflichttatbestände in der gesetzlichen Krankenversicherung an. Es werden die Personengruppen aufgelistet, die nach näherer Bestimmung des SGB V, des KVLG, des KSVG und des AFG in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind.

Zu Absatz 2

Absatz 2 entspricht § 5 Abs. 3 und 4 SGB V.

Zu Absatz 3

Absatz 3 ordnet entsprechend dem Grundsatz „Pflege- folgt Krankenversicherung“ auch die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig Versicherten der sozialen Pflegeversicherung zu. Wer sich erstmals freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, kann aber nach § 20 innerhalb einer Frist von drei Monaten zur privaten Pflegeversicherung überwechseln.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift entspricht dem bisherigen § 18 Abs. 4.

Zu Artikel 1 (§ 19) — Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen

Für die in dieser Vorschrift genannten Personengruppen wird, obwohl sie weder in der gesetzlichen noch in der privaten Krankenversicherung versichert sind, eine Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung vorgesehen. Denn es gibt keinen sachlichen Grund dafür, Personen, für die in Spezialvorschriften Anspruch auf Heil- und Krankenbehandlung, Krankenhilfe, Krankenversorgung bzw. unentgeltliche truppenärztliche Versorgung verankert ist, von der sozialen Pflegeversicherung auszugrenzen. Das Ziel, möglichst die gesamte Bevölkerung in den Versicherungsschutz einzubeziehen, rechtfertigt es, den Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ zu ergänzen. Da nach den jeweiligen Spezialvorschriften kein Anspruch auf Versorgung bei Pflegebedürftigkeit besteht, ist das Absicherungsbedürfnis mindestens ebenso zu bejahen wie bei krankenversicherten Personen. Anders als bei den Personengruppen, die überhaupt keinen Krankenversicherungsschutz haben, ist deren meldetechnische Erfassung, die Ermittlung ihrer beitragspflichtigen Einnahmen und die Abführung ihrer Beiträge an die zuständigen Pflegekassen unproblematisch möglich.

Bei den Empfängern einer Kriegsschadenrente nach dem Lastenausgleichsgesetz (Nummer 2) sind zwei Gruppen zu unterscheiden. Der überwiegende Teil erhält Kriegsschadenrente in der Form der Unterhaltshilfe und hat einen Anspruch auf Krankenversorgung nach § 276 LAG. Nur ein kleiner Teil erhält Kriegsschadenrente in der Form der Entschädigungsrente und ist damit nicht krankenversorgungsberechtigt nach § 276 LAG. Die Empfänger von Entschädigungsrenten sollen ebenso wie die krankenversorgungsberechtigten Unterhaltshilfeempfänger in die soziale Pflegeversicherung einbezogen werden.

Wenn beide Ehegatten zu einer der genannten Personengruppen gehören, kann einer der beiden nach § 21 familienversichert sein.

Während Berufssoldaten nach § 20a Abs. 4 Nr. 1 verpflichtet sind, sich privat gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit abzusichern, werden Soldaten auf Zeit in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig. Diese Zuordnung ist sachlich geboten, weil Soldaten auf Zeit nach Ausscheiden aus dem aktiven Dienst meist eine Beschäftigung aufnehmen, die zur Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung führt. Wenn Soldaten auf Zeit Berufssoldaten werden, können sie sich in der sozialen Pflegeversicherung weiterversichern oder ihrer Pflegeversicherungspflicht durch Abschluß eines privaten Pflegeversicherungsvertrages nachkommen.

Der bisherige § 19 — Konkurrenzklausele — ist entbehrlich geworden, da die neuen Regelungen über den versicherungspflichtigen Personenkreis und das Melde- und Beitragsrecht weitestgehend an die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung anknüpfen.

Zu Artikel 1 (§ 20) — Befreiung von der Versicherungspflicht

Die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig Versicherten sind in der sozialen Pflegeversicherung Pflichtversicherte (§ 18 Abs. 3). § 20 gibt diesem Personenkreis der in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig Versicherten aber die Möglichkeit, zur privaten Pflegeversicherung überzuwechseln, denn einem Personenkreis, dem es im Hinblick auf das Risiko Krankheit freisteht, ob er sich überhaupt versichert, soll es auch freistehen zu entscheiden, wo er sich pflegeversichert. Voraussetzung für die Befreiung ist ein Antrag bei der zuständigen Pflegekasse und der Nachweis, daß der Befreiungsberechtigte bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert ist und für sich und seine Angehörigen, für die in der sozialen Pflegeversicherung eine Familienversicherung nach § 21 bestünde, Leistungen beanspruchen kann, die nach Art und Umfang den in der sozialen Pflegeversicherung vorgesehenen Leistungen gleichwertig sind.

Die Befreiung kann nur innerhalb der Frist des Absatzes 2 beantragt werden. Es handelt sich um eine Ausschlussfrist, die nicht verlängert werden kann.

Wer sich befreien läßt, ist verpflichtet, den privaten Pflegeversicherungsvertrag auf Dauer aufrechtzuerhalten, es sei denn, es tritt ein Versicherungspflichttatbestand in der sozialen Pflegeversicherung ein. Ein Zuwiderhandeln ist bußgeldbewehrt (§ 121). Die Befreiung kann nur einheitlich für das Mitglied und die mitversicherten Familienangehörigen erfolgen.

Die Befreiung kann nicht widerrufen werden. Eine Rückkehr zur sozialen Pflegeversicherung ist nur noch möglich, wenn durch eine Veränderung in der Lebenssituation des einzelnen ein Sachverhalt eintritt, an den das Recht der sozialen Pflegeversicherung eine Versicherungspflicht oder eine Familienversi-

cherung in der sozialen Pflegeversicherung anknüpft.

Neben dem Befreiungsrecht in dieser Vorschrift sind für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte im Übergangsrecht weitere Regelungen für die Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung vorgesehen:

In Artikel 28a ist vorgesehen, daß Personen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, einen Befreiungsantrag innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes stellen können.

In Artikel 29 ist vorgesehen, daß auch den Personen, die bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes Vorsorge gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit getroffen haben, ein Befreiungsrecht eingeräumt wird.

Zu Artikel 1 (§ 20a) — Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen

Zu Absatz 1

Die Regelung enthält gegenüber § 20 Abs. 1 des Regierungsentwurfs nur redaktionelle Änderungen.

Zu Absatz 2

Privat Krankenversicherte werden verpflichtet, bei ihrem Krankenversicherungsunternehmen auch das Pflegerisiko abzuschließen. Aus EG-rechtlichen Gründen wird ihnen jedoch die Möglichkeit eingeräumt, ein anderes privates Krankenversicherungsunternehmen zu wählen und dort einen Vertrag zur Absicherung des Pflegerisikos abzuschließen. Das Wahlrecht ist innerhalb von sechs Monaten auszuüben. Für das gewählte andere Versicherungsunternehmen gilt auch der Kontrahierungszwang im Sinne des Absatzes 6. Unberührt bleiben die allgemeinen Kündigungsmöglichkeiten des Versicherungsnehmers.

Zu Absatz 3

Die Regelung entspricht der Regelung in § 20 Abs. 3 des Regierungsentwurfs.

Zu Absatz 4

Die Versicherungspflicht bei einem privaten Versicherungsunternehmen gilt auch für Heilfürsorgeberechtigte, die nicht in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, also z. B. Berufssoldaten und Polizeivollzugsbeamte im Bundesgrenzschutz, sowie Beamte der Unternehmen der Deutschen Bundespost und der Deutschen Bundesbahn, die bei den sozialen Einrichtungen von Post und Bahn Krankenversicherungsschutz erhalten.

Zu Absatz 5

Die Regelung entspricht weitgehend § 20 Abs. 2 des Regierungsentwurfs.

Zu Absatz 6

Private Krankenversicherungsunternehmen, die die Pflegeversicherung durchführen, unterliegen einem Kontrahierungszwang. Um die Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes sicherzustellen, müssen für Pflegebedürftige, die aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung Leistungen erhalten, die gleichen Leistungsvoraussetzungen Anwendung finden, die auch in der sozialen Pflegeversicherung gelten. Entsprechend § 29 Abs. 3 des Regierungsentwurfs ist eine Verpflichtung der privaten Pflegeversicherung vorgesehen, Vorversicherungszeiten in der sozialen Pflegeversicherung auf die im privaten Versicherungsvertrag vorgesehene Wartezeit anzurechnen.

Zu Artikel 1 (§ 21) — Familienversicherung

Zu Absatz 1

Die Regelungen dienen der Klarstellung.

Die Änderung in Absatz 1 Satz 2 trägt den Besonderheiten in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung Rechnung. Nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte kann die Familienversicherung auf sonstige Angehörige, die mit dem Mitglied in häuslicher Gemeinschaft leben und von ihm ganz oder überwiegend unterhalten werden, erstreckt werden. Diese Personen sollen auch in die Familienversicherung der Pflegeversicherung einbezogen werden.

Zu Absatz 3

Redaktionelle Klarstellung.

Zu Absatz 4

Durch die Ergänzung wird der Tatsache Rechnung getragen, daß der Versicherungsschutz von familienversicherten Kindern, die Wehrdienst oder Zivildienst ableisten, in der sozialen Pflegeversicherung für die Dauer des Dienstes Fortbestand haben soll, während die Leistungen der Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Heilfürsorge ersetzt werden.

Zu Artikel 1 (§ 22) — Weiterversicherung

Mit diesen Änderungen werden die für die Weiterversicherung erforderlichen Vorversicherungszeiten in der sozialen Pflegeversicherung den für die Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung

zung geltenden Vorversicherungszeiten angepaßt; ansonsten sind sie redaktioneller Art.

Zu Artikel 1 (§ 23) — Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages

Folgeänderung zu der in § 19 vorgenommenen Erweiterung des in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtigen Personenkreises.

Zu Artikel 1 (§ 24) — Leistungsarten, Grundsätze

Zu Absatz 2

Beihilfeberechtigte und Heilfürsorgeberechtigte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, sind in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversicherte Mitglieder, wenn sie nicht von ihrem Befreiungsrecht nach § 20 Gebrauch gemacht haben. Sie erhalten von ihren Dienstherrn keine Zuschüsse zu den Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung, sondern die Leistungen der Beihilfe und Heilfürsorge. Damit diese Personen ebenso wie Arbeitnehmer nur zur Hälfte mit Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung belastet werden, ist vorgesehen, daß einerseits die Leistungen der Pflegeversicherung und andererseits die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung auf die Hälfte abgesenkt werden. Die Absenkung der Leistungen auf die Hälfte gilt auch für die beitragsfrei mitversicherten Familienversicherten, die nach dem Beihilferecht berücksichtigungsfähig sind. Bei der Absenkung wird nicht danach differenziert wie hoch der Beihilfesatz bei der jeweiligen Person ist. Die Leistungen der Beihilfe und die Leistungen der anteiligen Pflegeversicherung dürfen zusammen den Betrag der tatsächlichen Aufwendungen nicht übersteigen. Bei Inanspruchnahme von Pflegegeld darf die Summe der Leistungen von Beihilfe und anteiliger Pflegeversicherung die in § 33 Abs. 1 genannten Beträge nicht übersteigen.

Zu den Absätzen 3 und 4

Redaktionelle Änderungen.

Zu Artikel 1 (§ 29) — Leistungsvoraussetzungen

Zu Absatz 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung, die aufgrund der Neuregelung des Beitragsrechts notwendig wurde.

Zu Absatz 3

Die Regelung ist an dieser Stelle zu streichen, sie ist in § 20a Abs. 6 Nr. 3 aufgenommen worden.

Zu Artikel 1 (§ 30) — Ruhen der Leistungsansprüche

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung, durch die deutlich wird, daß eine ambulante Krankenhausbehandlung nicht zum Ruhen der Leistungsansprüche führt.

Im Rahmen der häuslichen Krankenpflege werden Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht. Die Pflegeperson wird hierdurch zwar teilweise entlastet, sie muß jedoch den Pflegebedürftigen daneben noch weiterhin pflegen. Die Ansprüche der Pflegeperson auf Beitragszahlung der Pflegeversicherung an die Rentenversicherung und auf Unfallversicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung müssen ihr daher erhalten bleiben.

Zu Artikel 1 (§ 32) — Pflegesachleistung

Zu Absatz 1

Durch die Ergänzung wird klargestellt, daß auch Einzelpersonen, die nicht bei der Pflegekasse oder einer ambulanten Pflegeeinrichtung angestellt sind, die häusliche Pflege sicherstellen können, wenn sie mit der zuständigen Pflegekasse einen Vertrag nach § 86 Abs. 1 abgeschlossen haben.

Zu Absatz 3

Es genügt, den Wert der Sachleistungen auf den jeweiligen Höchstbetrag zu begrenzen. Die zusätzliche Begrenzung auf eine bestimmte Anzahl von Pflegeeinsätzen monatlich ist entbehrlich.

Zu Artikel 1 (§ 33) — Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

Mit dieser Änderung werden die Intervalle zwischen den einzelnen Pflegeeinsätzen verlängert, die Pflegebedürftige in Fällen, in denen sie lediglich die Geldleistung beantragen, abrufen müssen. Der mit der gesetzlichen Regelung angestrebte Zweck, die Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege, läßt sich auch bei verlängerten Intervallen erreichen. Pflegebedürftige, die mehr als die in Absatz 3 aufgeführten Pflegeeinsätze benötigen, sollten von der Kombinationsleistung (§ 34) Gebrauch machen.

**Zu Artikel 1 (§ 34) — Kombination von
Geldleistung und
Sachleistung
(Kombinationsleistung)**

Die Ergänzung ist erforderlich, um unvertretbaren Verwaltungsaufwand der Pflegekassen zu vermeiden, der durch zu häufigen Wechsel zwischen Sach- und Geldleistung verursacht würde. Die Entscheidung des Pflegebedürftigen, eine bestimmte Anzahl von Pflegeeinsätzen und zusätzlich ein anteiliges Pflegegeld in Anspruch zu nehmen, soll ihn für die Dauer eines halben Jahres binden.

Zu Artikel 1 (§ 38) — Kurzzeitpflege

Redaktionelle Änderung.

Zu Artikel 1 (§ 39) — Inhalt der Leistung

Zu Buchstabe a

Klarstellung der gesetzgeberischen Absicht im Gesetzestext. Um deutlich zu machen, daß es sich bei den im Gesetzentwurf genannten Betrag von 2 100 DM monatlich lediglich um eine für das Jahr 1991 errechnete Größe handelt, wird die Absicht einer steigenden Anpassung dieses Betrages entsprechend den steigenden Beitragseinnahmen der Pflegeversicherung im Gesetzestext selbst zum Ausdruck gebracht.

Der zum 1. Januar festgelegte Betrag unterliegt dann der Anpassung nach § 26 im Wege der Rechtsverordnung.

Zu Buchstabe b

Die Änderung trägt der Tatsache Rechnung, daß schon durch die Begrenzung der Sachleistung auf die Werte, die für ambulante Sachleistungen gelten, ein Sog in die Heime verhindert wird. Einer weiteren Verkürzung des Anspruches bei nicht erforderlicher stationärer Pflege bedarf es nicht.

**Zu Artikel 1 (§ 40) — Leistungen zur sozialen
Sicherung der Pflegepersonen**

Zu Absatz 1

Abweichend von der bisherigen Fassung wird die Absicherung der Pflegeperson nicht nur bei einer halbtägigen Erwerbstätigkeit, sondern auch bei einer Erwerbstätigkeit von nicht mehr als dreißig Stunden in der Woche gewährt. Ansonsten sind die Änderungen redaktioneller Art. Eine Umformulierung des Absatzes 1 wurde aus Gründen der Rechtsförmlichkeit erforderlich.

Zu Absatz 2 Satz 2

Durch die neue Nummer 8 wird die Meldung für die Pflegeperson um Angaben zu den beitragspflichtigen Einnahmen ergänzt. Nur mit diesen Angaben kann der Rentenversicherungsträger die spätere Rente berechnen.

Zu Absatz 2 Satz 3

Die Änderung dient der Präzisierung, indem sie die beteiligten Verbände genau bezeichnet. Abweichend von den Ausführungen in der Begründung des bisherigen Entwurfes ist die Meldung an den zuständigen Unfallversicherungsträger nicht konstitutiv für den Unfallversicherungsschutz.

Zu Absatz 3

Die Ergänzung ist aus datenschutzrechtlichen Gründen erforderlich.

**Zu Artikel 1 (§ 41) — Pflegekurse für Angehörige
und ehrenamtliche
Pflegepersonen**

Es soll klargestellt werden, daß die Kurse für die Teilnehmer unentgeltlich sind, unabhängig davon, ob die Pflegekurse von der Pflegekasse selbst oder von einem beauftragten Dritten durchgeführt werden. Auch Schulungen in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen nach Absatz 1 Satz 3 werden nicht auf die Ansprüche auf Pflegesachleistungen und das Pflegegeld angerechnet.

Zu Artikel 1 (§ 42) — Pflegekassen

Die Verwaltungskostenerstattung soll sich nicht nur an den Leistungsausgaben orientieren, sondern auch an den Beitragseinnahmen. Deshalb wird aus Ausgaben und Beitragseinnahmen ein Mittelwert gebildet, da die Kassen, die nur wenige oder keine pflegebedürftigen Versicherten haben, aber gleichwohl Verwaltungsaufwand wegen des Beitragseinzugs haben, ansonsten keine angemessene Entschädigung erhielten.

Die Belastung einer Krankenkasse mit Verwaltungskosten aufgrund des Elften Buches richtet sich in der Regel nach der Höhe der Leistungsaufwendungen der Pflegekasse. Um zu vermeiden, daß einzelnen Kassen oder Kassenarten finanzielle Nachteile aus der Regelung in Satz 1 entstehen, stellt Satz 2 sicher, daß sich die Erstattungen der Pflegekassen für Verwaltungskosten gleichmäßig auf alle Krankenkassen verteilen. Satz 3 beauftragt die Spitzenverbände, das Nähere über die Verteilung des Gesamtbetrages auf die einzelnen Kassen zu regeln, und enthält eine Konfliktlösung für den Fall der Nichteinigung.

Zu Artikel 1 (§ 44) — Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse und sonstige Versicherte Folgeänderung der in § 19 getroffenen Regelung über den in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtigen Personenkreis

Zu Absatz 1

Redaktionelle Änderung.

Zu den Absätzen 2 und 3

Für Versicherte, die keiner gesetzlichen Krankenkasse als Mitglied angehören, soll die Pflegekasse zuständig sein, die bei der Krankenkasse errichtet ist, die auch bislang bereits mit der Leistungserbringung im Krankheitsfalle für diesen Personenkreis beauftragt ist. Ist für die Krankenversorgung keine Krankenkasse eingeschaltet, kann der Versicherte die Pflegekasse wählen, bei der er Mitglied sein will. Dieses Wahlrecht steht auch den versicherungspflichtigen Soldaten auf Zeit zu, die in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind. Mit Absatz 3 Satz 2 wird den mit dem Gesundheitsstrukturgesetz ab 1. Januar 1996 eingeführten Wahlrechten in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung getragen.

Zuständig für die Familienversicherten ist immer die Pflegekasse des Mitglieds.

Im Falle einer Weiterversicherung nach diesem Buch bleibt die Pflegekasse zuständig, bei der zuletzt die Mitgliedschaft bestand.

Zu Artikel 1 (§ 45) — Mitgliedschaft

Zu Absatz 1

Die Vorschrift verbindet Beginn und Ende der Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung mit dem Beginn und Ende der Mitgliedschaft bei der gesetzlichen Krankenkasse. Für der Pflegekasse nach § 19 zugewiesene Leistungsempfänger beginnt und endet die Mitgliedschaft mit dem Beginn bzw. Wegfall der Leistungsgewährung.

Zu Absatz 2

Die Regelungen über den Fortbestand der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung gelten auch für die Pflegeversicherung, um Zeiten, in denen der Versicherungspflichttatbestand entfällt, zu überbrücken. Für Leistungsempfänger nach dem Arbeitsförderungsgesetz soll darüber hinaus die Mitgliedschaft bereits vom ersten Tag der Sperrzeit an als fortbestehend gelten, da in der Pflegeversicherung, anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung,

kein nachgehender Anspruch auf Leistungen für die Dauer bis zu einem Monat vorgesehen ist.

Zu Absatz 3

Da es sich bei der Weiterversicherung nach § 22 um eine freiwillige Versicherung handelt, sieht diese Vorschrift eine Sanktion für den Fall der nicht ordnungsgemäßen Beitragszahlung vor.

Zu Artikel 1 (§ 46) — Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung

Zu Absatz 1

Grundsätzlich wird allen in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtigen Mitgliedern auferlegt, sich unmittelbar nach Eintritt des die Versicherungspflicht auslösenden Tatbestandes bei der zuständigen Pflegekasse anzumelden. Von dieser Meldepflicht wird nur abgesehen, wenn bereits eine Meldung durch einen Dritten zur gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben wurde, wie z. B. durch den Arbeitgeber, durch die Zahlstellen von Versorgungsbezügen, durch den Rehabilitationsträger oder durch sonstige Stellen, die Erwerbsersatzesinkommen an die Versicherten auszahlen. In diesen Fällen gilt die Meldung zur Krankenkasse auch als Meldung zur Pflegekasse. Aufgrund der in der Sozialversicherung bereits bestehenden Meldepflichten ist es möglich, bei der Abwicklung des Meldeverfahrens in der sozialen Pflegeversicherung auf bestehende Regelungen unmittelbar zurückzugreifen. Auf diese Weise wird erheblicher Verwaltungsaufwand erspart, der die zur Meldung Verpflichteten und die Pflegekassen unnötig belasten würde.

Bei Personen, die aufgrund ihrer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung ebenfalls zum versicherungspflichtigen Personenkreis der sozialen Pflegeversicherung gehören, wird auf eine zusätzliche Eigenmeldung verzichtet, da der Krankenkasse bereits die Beitrittserklärung vorliegt. In diesen Fällen leitet die Krankenkasse die sich aus der Beitrittserklärung ergebenden, für die Durchführung einer Pflegeversicherung relevanten Daten an die bei ihr errichtete Pflegekasse weiter.

Zu Absatz 2

In dieser Vorschrift wird die Meldepflicht Dritter für die nach § 19 versicherungspflichtigen Mitglieder geregelt. Dies ist notwendig, weil diese Personen nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, so daß auch keine Meldungen bei den Krankenkassen vorliegen, auf die die Pflegekassen zurückgreifen könnten.

Zu den Absätzen 3 und 4

Die Vorschriften entsprechen den Regelungen in § 206 Abs. 1 und 2 SGB V. Die Verletzung der Auskunfts- und sonstigen Mitwirkungspflichten stellt nach § 121 eine Ordnungswidrigkeit dar.

Zu Absatz 5

Die Vorschrift schreibt einen Datenaustausch von den Krankenkassen zu den Pflegekassen vor. Er stellt sicher, daß in den Fällen, in denen die Krankenkasse anstelle der Pflegekasse Adressat von Meldungen, Mitteilungen, Auskünften und vorgelegten Nachweisen ist, die Informationen an die Pflegekasse weitergeleitet werden, soweit sie für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekasse erforderlich sind.

Zu Absatz 6

Die Vorschrift verpflichtet die Pflegekassen, dem Rentenversicherungsträger bestimmte Tatbestände zu melden, wie z. B. Beginn oder Wegfall der Versicherungspflicht von Rentnern zur Pflegeversicherung.

Zu Artikel 1 (§ 47) — Meldungen bei Mitgliedern der privaten Pflegeversicherung

Zu Absatz 1

Der Austausch des Begriffes „Krankenversicherungsunternehmen“ durch den Begriff „Versicherungsunternehmen“ soll verdeutlichen, daß es auch solche Versicherungsunternehmen geben kann, die zwar die private Pflege-Pflichtversicherung aber nicht die Krankenversicherung betreiben.

Die eingefügte Meldepflicht der Versicherungsunternehmen in den Fällen, in denen der Versicherungsnehmer mit sechs Monatsprämien in Verzug gerät, ist im Zusammenhang mit der Bußgeldvorschrift des § 121 Abs. 1 Nr. 6 zu sehen. Es soll sichergestellt werden, daß die Versicherungsverträge abgeschlossen und vollzogen werden.

Da nicht alle Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung betreiben werden, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. angehören, sollen die Meldungen der privaten Versicherungsunternehmen nicht an den Verband, sondern unmittelbar an das Bundesversicherungsamt gerichtet werden.

Zu den Absätzen 2 und 3

Sofern Heilfürsorgeberechtigte nicht gegen Krankheit versichert sind, trifft den Dienstherrn eine Meldepflicht, um sicherzustellen, daß auch dieser Personenkreis seiner Verpflichtung zur Absicherung des Pfe-

gerisikos bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen nachkommt.

Die zusätzlich eingefügten Meldepflichten stellen die Kontrolle darüber sicher, daß die private Pflegeversicherung fortgeführt wird, solange die Versicherungspflicht besteht.

Zu Artikel 1 (§ 51) — Grundsatz*Zu Absatz 1*

Folgeänderung zur Änderung des § 69.

Zu Absatz 3

Im Beitrittsgebiet sind die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Überleitungsregelungen aus Anlaß der Herstellung der Einheit Deutschlands entsprechend anzuwenden.

Zu Artikel 1 (§ 52) — Beitragssatz, Beitragbemessungsgrenze

Die Personen, die nach § 24 Abs. 2 nur die halbe Leistung beziehen können, sollen auch nur mit einem halben Beitragssatz belastet werden.

Zu Artikel 1 (§ 53) — Beitragsfreiheit

Die Vorschrift entspricht § 54 des Regierungsentwurfs. In Absatz 4 werden aus Gründen der Gleichbehandlung auch die Leistungsbezieher der Unfallversicherung, denen dauernde Anstaltspflege gewährt wird, in die Beitragsfreiheit einbezogen.

Durch die weitestgehende Anpassung des Beitragsrechts der sozialen Pflegeversicherung an das Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung entfällt die bisher in § 53 getroffene Regelung über den Mindestbeitrag. Dort, wo das Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung keinen Mindestbeitrag vorsieht, z. B. bei der Beitragszahlung aus kleinen Renten, niedrigen Versorgungsbezügen, wird auch in der sozialen Pflegeversicherung auf einen Mindestbeitrag verzichtet, um unnötige verwaltungsmäßige Schwierigkeiten zu vermeiden. Diese wären insbesondere in Fällen aufgetreten, in denen die Höhe möglicher weiterer Einnahmen der jeweiligen zahlungspflichtigen Stelle nicht bekannt ist.

Für Mitglieder der Pflegeversicherung, die in der Krankenversicherung freiwillig versichert sind und ihre Beiträge selbst zu entrichten haben, wird die Mindestbeitragsregelung des SGB V übernommen. Für Weiterversicherte nach § 22 Abs. 2 gilt mit Rücksicht auf das Ruhen der Leistungen ein geringerer Mindestbeitrag.

Zu Artikel 1 (§ 54) — Beitragspflichtige Einnahmen*Zu Absatz 1*

Die Regelungen legen die Einnahmen fest, die bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind. Die Regelungen entsprechen weitgehend denen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Absatz 2

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Beiträge aus Verletztengeld, Übergangsgeld und Versorgungskrankengeld aus dem Regeltgelt bemessen, das der Berechnung dieser Lohnersatzleistungen zugrunde liegt. Dies soll auch für die soziale Pflegeversicherung gelten, weil aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung die Regelungen des Beitragsrechts der sozialen Pflegeversicherung weitestgehend identisch sein sollen mit denen der gesetzlichen Krankenversicherung. Da es sich bei dem Krankengeld um eine dem Übergangsgeld, dem Verletztengeld und dem Versorgungskrankengeld vergleichbare Lohnersatzleistung handelt, ist es aus Gründen der Gleichbehandlung geboten, in der Pflegeversicherung die Beitragsbemessung aus Krankengeld in gleicher Weise zu regeln wie die Beitragsbemessung aus Übergangsgeld, Verletztengeld und Versorgungskrankengeld.

Durch die Ergänzungen werden die durch das Rentenreformgesetz 1992 ab 1. Januar 1995 vorgenommene Absenkung der Bemessungsgrundlage auf 80 % des Arbeitsentgelts für Lohnersatzleistungen berücksichtigt und in den Sätzen 2 und 3 den Besonderheiten in der Krankenversicherung der Landwirte Rechnung getragen.

Zu Absatz 3

Die Regelung entspricht weitgehend § 57 Abs. 1 des Regierungsentwurfs.

Zu Absatz 4

Aus verwaltungstechnischen Gründen wird bei Pflichtmitgliedern der sozialen Pflegeversicherung, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, die Beitragsberechnung nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt. Diese Regelung findet entsprechend auf die nach § 19 Nr. 1 bis 5 versicherten Personen und auf die Personen Anwendung, die von ihrem Recht auf Weiterversicherung nach § 22 Abs. 1 Gebrauch gemacht haben.

Da das Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit dem Beschäftigungsverhältnis von Arbeitnehmern vergleichbar ist, wird die Beitragsbemessung nach den vergleichbaren Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen.

Aus Gründen der Gleichbehandlung soll die Beitragsbemessung bei freiwillig krankenversicherten Berufsfachschülern in gleicher Weise erfolgen wie bei versicherungspflichtigen Studenten und Praktikanten.

Die Regelung hinsichtlich der satzungsgemäßen Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlicher Personen entspricht § 55 Abs. 1 Nr. 5 des Regierungsentwurfs.

Zu Absatz 5

Da die Leistungen der Pflegeversicherung nicht in das Ausland transferiert werden, ist es gerechtfertigt, bei dem Personenkreis, der seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in das Ausland verlegt, jedoch in der sozialen Pflegeversicherung freiwillig weiterversichert bleibt, nur einen Mindestbeitrag zu erheben.

Zu Artikel 1 (§ 55) — Beitragstragung*Zu Absatz 1*

Die Beitragstragung bei versicherungspflichtigen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, die auch in der Pflegeversicherung versicherungspflichtig werden, richtet sich nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Absatz 2

Die Regelung über die Tragung der Beiträge aus dem Krankengeld entspricht den gesetzlichen Regelungen über die Tragung der aus dem Krankengeld zu zahlenden Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträgen.

Zu Absatz 3

Aus sozialen Erwägungen ist es gerechtfertigt, daß bei dem in § 19 Nr. 1 bis 5 genannten Personenkreis die Beiträge von den jeweiligen Leistungsträgern übernommen werden. Die Regelung in Absatz 2 Satz 2 stellt klar, daß hinsichtlich der Kostentragung für Beiträge aufgrund von Leistungen der Kriegsopferfürsorge zwischen Bund und Ländern der gleiche Verteilungsschlüssel anzuwenden ist wie für die Leistungen selbst.

Zu Absatz 4

Diese Vorschrift regelt die alleinige Beitragstragung durch das Mitglied. Fälle, in denen kein Dritter wie der Arbeitgeber oder ein Sozialversicherungsträger an der Beitragslast beteiligt ist, sind z. B. gegeben bei der Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen, aus dem Arbeitseinkommen sowie bei der Beitragszahlung der Studenten. Die alleinige Beitragstragung gilt auch für freiwillige Mitglieder in der gesetzlichen

Krankenversicherung und Personen, die von der Weiterversicherungsmöglichkeit nach § 22 Gebrauch gemacht haben, allerdings nicht für satzungsgemäße Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen: Hier gilt eine § 63 Abs. 9 des Regierungsentwurfs entsprechende Regelung.

Zu Artikel 1 (§ 56) — Beitragszahlung

Zu Absatz 1

Der Grundsatz, daß die Beiträge von demjenigen zu zahlen sind, der sie zu tragen hat, wird aus der gesetzlichen Krankenversicherung für die soziale Pflegeversicherung übernommen (§ 252 SGB V). Für versicherungspflichtig Beschäftigte hat der Arbeitgeber die Beiträge zu zahlen; er hat hinsichtlich des von dem Beschäftigten zu tragenden Beitragsanteils einen Anspruch gegen den Beschäftigten nach § 28g SGB IV.

Zu Absatz 2

Die Regelung ermöglicht eine praxisnahe Abwicklung der Beitragszahlung aus den verschiedenen Sozialleistungen.

Zu Absatz 3

Aus verwaltungstechnischen Gründen erhält die Krankenkasse als Einzugsstelle des Gesamtsozialversicherungsbeitrags auch die Beiträge zur Pflegeversicherung. Deswegen ist eine Regelung über die unverzügliche Weiterleitung der Beiträge an die Pflegekasse erforderlich. Den Pflegekassen wird das Recht eingeräumt, die Ordnungsmäßigkeit der Beitragszahlung zu überprüfen.

Zu Artikel 1 (§ 57) — Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Privatversicherte

Die Vorschrift regelt den Anspruch auf einen Beitragszuschuß für Beschäftigte, Vorruheständler und Übergangsgeldbezieher, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig oder bei einem privaten Versicherungsunternehmen pflegeversichert sind. Beitragszuschüsse für weitere freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Personengruppen, wie z. B. Rentner, Studenten, Wehrpflichtige, Künstler oder Leistungsbezieher nach dem Lastenausgleichsgesetz sind im Sechsten Buch Sozialgesetzbuch, in der Reichsversicherungsordnung, im Bundesversorgungsgesetz, im Bundesausbildungsförderungsgesetz, im Arbeitssicherstellungsgesetz, im Eignungsübungsgesetz sowie im Unterhaltssicherungsgesetz, im Künstlersozialversicherungsgesetz und im Lastenausgleichsgesetz geregelt.

Zu Absatz 1

Beschäftigte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, werden aufgrund der Übernahme des Beitragsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung in der Pflegeversicherung ebenfalls Selbstzahler sein. Über die Regelung des Beitragszuschusses ist gewährleistet, daß der Grundsatz der hälftigen Aufteilung der Beitragsbelastung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern auch für diesen Personenkreis gilt. Die Regelung entspricht inhaltlich § 257 Abs. 1 SGB V.

Zu Absatz 2

Der Grundsatz der hälftigen Aufteilung der Beitragsbelastung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern soll auch dann gelten, wenn der einzelne verpflichtet ist, sich privat gegen das Pflegerisiko abzusichern, und entsprechende Versicherungsprämien entrichten muß. Daher wird dem Privatversicherten ein Anspruch auf einen Beitragszuschuß gegenüber dem Arbeitgeber oder gegenüber sonstigen Dritten, die im Falle einer Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung zur hälftigen Beitragstragung verpflichtet wären, eingeräumt.

Zu Absatz 3

Die Regelung entspricht § 257 Abs. 2 Nr. 2 SGB V.

Zu Absatz 4

Die Vorschrift entspricht § 257 Abs. 3 SGB V und räumt darüber hinaus den Personen einen Anspruch auf einen Beitragszuschuß ein, die nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes Leistungen oder nach § 7 des Tarifvertrages über einen sozialverträglichen Personalabbau im Bereich des Bundesministers der Verteidigung vom 30. November 1991 eine Übergangsvorsorge beziehen.

Zu Absatz 5

Nach dieser Vorschrift trägt bei Beziehern von Übergangsgeld, die in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind, der Leistungsträger die Prämie bis zur Höhe des Beitrages, der bei Versicherungspflicht des Übergangsgeldbeziehers in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre.

Zu Absatz 6

Soldaten auf Zeit werden beitragsrechtlich den Beschäftigten gleichgestellt; daher ist ihnen auch ein Anspruch auf einen Beitragszuschuß einzuräumen.

Zu Absatz 7

Diese Vorschrift ist in Anlehnung an die in der gesetzlichen Krankenversicherung ab 1. Juli 1994 geltende Beitragszuschußregelung des § 257 Abs. 2a SGB V formuliert worden.

Zu Absatz 8

Über die Bestätigung des Bundesaufsichtsamts für das Versicherungswesen wird für den zur Zahlung des Beitragszuschusses Verpflichteten kontrollierbar, ob die Voraussetzungen des Absatzes 7 vorliegen.

Zu Absatz 9

Nach dieser Vorschrift erhalten beihilfe- oder heilfürsorgeberechtigte Personen keinen Beitragszuschuß, da sie statt dessen Beihilfe oder Heilfürsorge erhalten. Diese Vorschrift weist lediglich auf bestehende Beihilfe- und Heilfürsorgevorschriften hin, ohne selbst einen Anspruch zu begründen. Abgeordnete, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind und sich für die Pflichtmitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung entscheiden, haben einen Anspruch auf einen Beitragszuschuß gegenüber der zur Zahlung der Entschädigung verpflichteten Stelle unter den gleichen Voraussetzungen und in gleichem Umfang wie Beschäftigte.

Zu Artikel 1 (§ 69) — Finanzierungsbeitrag der Länder

Die Länder werden durch die Einführung der Pflegeversicherung im Sozialhilfebereich erheblich entlastet. Ein Teil dieser Ersparnis soll für die Finanzierung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden. Die Finanzmittel werden zu Händen des Bundesversicherungsamtes gezahlt werden und von dort den Pflegekassen ausschließlich zur Finanzierung der Investitionszuschläge im Sinne der §§ 91, 100 zur Verfügung gestellt. Die Regelung der Einzelheiten des Finanzierungsbeitrages durch einen Staatsvertrag trägt den verfassungsrechtlichen Zuständigkeiten der Länder Rechnung.

Der bisher vorgesehene Bundeszuschuß, der von den Ländern aus den Einsparungen der Sozialhilfe gespeist werden sollte, entfällt.

Zu Artikel 1 (§ 74) — Ausgleichsfonds

Die Änderungen sind Folgeänderungen der Neufassung des § 69 und der Neufassung des Beitragsrechts.

Zu Artikel 1 (§ 75) — Finanzausgleich**Zu Absatz 1 Satz 4**

Damit der Finanzausgleich praxisorientiert und effektiv durchgeführt werden kann, ist es erforderlich, daß das Bundesversicherungsamt Regelungen zur Durchführung des Finanzausgleichs mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen vereinbart.

Zu Absatz 1 Satz 5

Satz 5 verdeutlicht, daß für alle Pflegekassen in der Abwicklung des Finanzausgleichs die gleichen Regeln gelten sollen, da nur auf diese Weise ein für alle Beteiligten gerechtes Verfahren möglich ist.

Zu Artikel 1 (§ 76) — Monatlicher Ausgleich**Zu den Absätzen 1 und 2**

Die Vorschrift bestimmt die Berechnungsgrundlagen und das Berechnungsverfahren zur Ermittlung eines Ausgleichsanspruchs bzw. eines Überweisungsbetrages an den Ausgleichsfonds.

Zu Absatz 3

Um dem Bundesversicherungsamt die korrekte Durchführung des Finanzausgleichs zu ermöglichen, ist es erforderlich, daß die Pflegekassen dem Bundesversicherungsamt die notwendigen Berechnungsgrundlagen zukommen lassen.

Artikel 1 (§ 77) — Jahresausgleich**Zu Absatz 1**

Diese Änderungen tragen der in § 76 getroffenen Regelung über den monatlichen Ausgleich Rechnung.

Zu den Absätzen 2 und 3

Folgeänderung.

Zu Artikel 1 (§ 80) — Pflegeeinrichtungen

Die Änderung stellt klar, daß die ständige pflegerische Gesamtverantwortung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen bei einer gesundheits- oder sozialpflegerisch ausgebildeten Fachkraft (z. B. in der Krankenpflege oder Altenpflege) liegen muß.

Zu Artikel 1 (§ 81) — Zulassung zur Pflege durch
Versorgungsvertrag*Zu Absatz 2*

Die Änderung eröffnet den einzelnen Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, sich bei dem Abschluß des Versorgungsvertrages vertreten zu lassen.

Zu Absatz 3

Die vorgeschlagene Bevorzugung der freigemeinnützigen und privaten Trägergruppen gegenüber den öffentlichen, insbesondere den kommunalen Pflegeeinrichtungen, entspricht dem Subsidiaritätsprinzip. Die Regelung konkretisiert den Grundsatz der Trägervielfalt in Übereinstimmung mit der in den meisten Bundesländern geübten Rechtspraxis, daß soziale Einrichtungen wie z. B. Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen von der öffentlichen Hand nur vorgehalten werden sollen, soweit die Versorgung nicht durch andere Träger sichergestellt ist (vgl. z. B. § 3 Abs. 1 des Landeskrankenhausgesetzes 1986 von Baden-Württemberg).

Zu Artikel 1 (§ 82) — Abschluß von
Versorgungsverträgen

Nach den Zuständigkeitsregelungen des Bundessozialhilfegesetzes und des jeweiligen Landesrechtes kommt es nicht auf den zuständigen Träger der Sozialhilfe im Land, sondern auf den für die Einrichtung zuständigen Träger der Sozialhilfe an. Dies ist der Träger der Sozialhilfe, in dessen Bereich die Einrichtung gelegen ist.

Zu Artikel 1 (§ 83) — Kündigung von
Versorgungsverträgen

Nach den Zuständigkeitsregelungen des Bundessozialhilfegesetzes und des jeweiligen Landesrechtes kommt es nicht auf den zuständigen Träger der Sozialhilfe im Land, sondern auf den für die Einrichtung zuständigen Träger der Sozialhilfe an. Dies ist der Träger der Sozialhilfe, in dessen Bereich die Einrichtung gelegen ist.

Zu Artikel 1 (§ 84) — Rahmenverträge und
Bundesempfehlungen über
die pflegerische Versorgung*Zu Absatz 1 Satz 1*

Durch die Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung werden dessen Erfahrungen für die Rahmenverträge nutzbar gemacht.

Zu Absatz 1 Satz 3

Die Stellung der Sozialhilfeträger, die auch weiterhin — in begrenztem Umfang — einen Teil der insbesondere in Pflegeheimen entstehenden Kosten zu tragen haben werden (Hotelkosten sowie Kosten für die allgemeinen Pflegeleistungen), soweit sie von der Pflegeversicherung nicht abgedeckt werden und der Pflegebedürftige sie nicht selbst tragen kann, muß im Gesetz besser berücksichtigt werden.

Zu Absatz 3

Redaktionelle Änderung.

Zu Absatz 5

Bei Erarbeitung der Empfehlungen nach Absatz 5 ist der Sachverstand des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen einzubeziehen.

Zu Artikel 1 (§ 85) — Schiedsstelle

Die Aufgaben der Verbände der Anbieter privater Pflegeversicherungen wird der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. wahrnehmen.

Zu Artikel 1 (§ 88) — Wirtschaftlichkeitsprüfungen*Zu Absatz 1*

Die vorgeschlagene Ergänzung gewährleistet den notwendigen Einfluß der betroffenen Pflegeeinrichtung auf die Auswahl der Sachverständigen.

Zu Absatz 2

Die vorgeschlagene Änderung unterstreicht die Mitwirkungspflicht des Trägers der Pflegeeinrichtung bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Die Mitwirkung der Mitarbeiter der Einrichtung wird dadurch nicht ausgeschlossen; sie muß jedoch die arbeitsvertragsrechtlichen Gegebenheiten berücksichtigen.

Zu Artikel 1 (§ 89) — Qualitätssicherung*Zu Absatz 1*

Die Sozialhilfeträger werden auch künftig — wenn gleich in begrenztem Umfang — als Leistungsträger an der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung beteiligt bleiben. Es ist daher angebracht, sie in die Verantwortung für die Qualitätssicherung in derselben Weise einzubeziehen wie bei den Rahmenverträgen und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung (§ 84). Durch die Einbeziehung des Medizinischen Dienstes werden dessen Erkenntnisse aus

der pflegerischen Versorgung für die Erarbeitung von Grundsätzen und Maßstäben für Qualität und Qualitätssicherung nutzbar gemacht.

Zu Absatz 2

Redaktionelle Änderung.

Zu Absatz 3

Angesichts der schwerwiegenden Folgen, die mit dem Prüfverfahren verbunden sein können, ist auch die Vereinigung, der der Träger angehört, anzuhören.

Zu den Absätzen 4 und 5

Aus datenschutzrechtlichen Gründen bedarf die Übermittlung von personenbezogenen Daten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung an die Landesverbände der Pflegekassen und durch die Landesverbände an die betroffene Pflegeeinrichtung einer ausdrücklichen gesetzlichen Ermächtigung. Die Änderung der Absatzfolge ist eine notwendige Folgeänderung aus der Einführung des neuen Absatzes 4.

Zu Artikel 1 (§ 90) — Verfahrensregelungen

Die Beteiligung der Sozialhilfeträger und ihre Mitverantwortung für die pflegerische Versorgung der Bevölkerung (vgl. §§ 81, 84 und 89) macht es erforderlich, sie auch in die Konfliktlösung nach § 90 aufzunehmen.

Zu Artikel 1 (§ 94) — Pflegesatzverfahren

Zu Absatz 2

Redaktionelle Klarstellungen.

Zu Artikel 1 (§ 95) — Pflegesatzkommission

Die Aufgaben der Verbände der Anbieter privater Pflegeversicherungen wird der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. wahrnehmen.

Zu Artikel 1 (§ 96) — Unterkunft und Verpflegung

Durch die Aufnahme des § 93 Abs. 3 in die Verweisungsnorm wird klargestellt, daß auch im Bereich Unterkunft und Verpflegung die Entgelte nach einheitlichen Grundsätzen, ohne Differenzierung nach Kostenträgern, zu bemessen sind.

Zu Artikel 1 (§ 97) — Zusatzleistungen

Redaktionelle Änderung.

Zu Artikel 1 (§ 98) — Grundsätze für die Vergütungsregelung

Redaktionelle Änderungen.

Zu Artikel 1 (§ 99) — Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

Der Ausdruck „Partner“ ist unklar; er wird durch die weitere Formulierung (in Satz 1) „sonstige Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben“ miteinfaßt.

Zu Artikel 1 (§ 101) — Landespflegeausschüsse

Zu Absatz 2 Satz 1

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung sollte dem Landespflegeausschuß angehören, damit seine Erkenntnisse über die medizinische und pflegerische Versorgung in den Ausschuß einfließen können.

Zu Absatz 2 Satz 2

Die Aufgaben der Verbände der Anbieter privater Pflegeversicherungen sollen vom Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. wahrgenommen werden. Die Kommunen sind nach der bisherigen Fassung des Absatzes 2 nicht unmittelbar in den Landespflegeausschüssen vertreten, sondern haben lediglich die Möglichkeit, die Vertreter der überörtlichen Träger der Sozialhilfe zu bestellen. Die Empfehlungen der Landespflegeausschüsse nach Absatz 1 berühren jedoch auch kommunale Interessen. Es ist daher notwendig, die Kommunen durch ihre Spitzenverbände unmittelbar an den Landespflegeausschüssen zu beteiligen.

Zu Artikel 1 (§ 102) — Anzuwendende Vorschriften

Redaktionelle Änderung.

Zu Artikel 1 (§ 103) — Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen

Redaktionelle Änderung.

Zu Artikel 1 (§ 105) — Gemeinsame Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten*Zu Absatz 1*

Zum einen Klarstellung, daß die gemeinsame Datenverarbeitung nicht für die Pflege- und Krankenkassen insgesamt eröffnet ist, sondern sich auf die nach § 42 jeweils verbundenen Kassen beschränkt. Zum anderen wird im einzelnen detailliert der Rahmen festgelegt, welche Daten zu welchen Zwecken gemeinsam erhoben, verarbeitet oder genutzt werden dürfen und bei denen es den Spitzenverbänden vorbehalten bleibt, nähere Einzelheiten dazu zu bestimmen. Die abschließende Festlegung der Daten erfolgt unter Beteiligung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung.

Zu Absatz 2

Redaktionelle Änderung.

Zu den Absätzen 3 und 4

Redaktionelle Änderungen.

Zu Artikel 1 (§ 106) — Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst*Zu Absatz 1*

Konkretisierung durch Benennung der Vorschriften, aus denen sich die Prüfungs-, Beratungs- und Gutachteraufgaben des Medizinischen Dienstes ergeben.

Zu Absatz 3

Redaktionelle Änderung.

Zu Artikel 1 (§ 114) — Abrechnung pflegerischer Leistungen*Zu Absatz 1*

Klarstellung, daß die Abrechnungsunterlagen nicht unmittelbar nach dem Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes den Pflegekassen maschinenlesbar vorliegen müssen, sondern für eine Übergangszeit die Abrechnung auch in nicht maschinenlesbarer Form erfolgen kann.

Zu Absatz 2

Klarstellung, daß nur der Umfang der Datenverarbeitung von den Spitzenverbänden der Pflegekassen konkretisiert werden darf.

Die einvernehmliche Festlegung des Abrechnungsverkehrs trägt dem partnerschaftlichen Verhältnis zwischen den Pflegekassen und den Leistungserbringern Rechnung.

Zu Artikel 1 (§ 116) — Löschen von Daten*Zu Absatz 1*

Klarstellung, daß die Regelung über das Löschen von Daten nicht nur für die einzelne Pflegekasse, sondern auch für die Verbände der Pflegekassen gilt.

Zu Artikel 1 (§ 118) — Pflegestatistiken

Bund und Länder benötigen für die Durchführung und Weiterentwicklung des Pflege-Versicherungsgesetzes ausreichende Daten und Informationen zum Stand und zur Entwicklung der pflegerischen Versorgung. Dazu sind möglichst umfassende statistische Erhebungen notwendig. Die statistischen Angaben werden auch für die sachgerechte Erstellung des Pflegeberichts benötigt (§ 9 Abs. 3).

Die bisher in Absatz 1 vorgesehenen Erhebungen über Pflegeeinrichtungen („Einrichtungstatistik“) werden deshalb in Absatz 2 um eine weitere Statistik über wichtige Sachverhalte im Zusammenhang mit der Situation Pflegebedürftiger und ehrenamtlich Pflegenden ergänzt. Auskunftspflichtig ist hier aufgrund seiner Sachnähe der Medizinische Dienst. Die statistischen Angaben sind fortzuschreiben, um die Entwicklung der Pflege und Betreuungssituation im Zeitablauf dokumentieren zu können.

Absatz 3 wird redaktionell angepaßt.

Im neuen Absatz 4 werden die Zeitpunkte für die erstmalige Durchführung der Statistiken bestimmt.

Zu Artikel 1 (§ 119) — Regelungen für die private Pflegeversicherung

Wegen mehrerer redaktioneller und inhaltlicher Änderungen wird § 119 insgesamt neu gefaßt. Inhaltlich hat sich folgendes geändert:

Zu Absatz 1

Mit der Regelung in Nummer 1 wird der Kontrahierungszwang der Versicherungsunternehmen auch auf die Versicherungspflichtigen nach § 20a Abs. 4 und auf die Personen erstreckt, die sich von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. In Nummer 2 g wird die Ehegattenermäßigung von der Höhe des Gesamteinkommens des Ehegatten abhängig gemacht, wie dies auch in der sozialen Pflegeversicherung für den Anspruch auf die beitragsfreie Familienversicherung vorgesehen ist.

Zu Absatz 2

Die Regelung stellt klar, daß die in Absatz 1 vorgeschriebenen Rahmenbedingungen für die private Pflegeversicherung für einen Zeitraum von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes auch für die Fälle gelten, in denen ein in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig Versicherter von seinem Befreiungsrecht nach Artikel 28a Gebrauch macht und sich bei einem privaten Versicherungsunternehmen pflegeversichert.

Zu Absatz 3

In Nummer 2 wird den Versicherungsunternehmen auch bei Neuabschlüssen von Pflegeversicherungsverträgen nach Inkrafttreten des Gesetzes der Verzicht auf Risikoausschlüsse vorgeschrieben. Risikozuschläge sind jedoch möglich, soweit damit nicht der in Nummer 5 vorgesehene Höchstbeitrag überschritten wird.

In Nummer 5 wird die Höchstbeitragsregelung auf alle Versicherungsnehmer unabhängig von ihrem Alter erstreckt, jedoch gleichzeitig eine Vorversicherungszeit für diese Prämienvergünstigung vorgesehen. Neuzugänge ab 1. Januar 1994 erhalten die Prämienvergünstigung erst nach einer fünfjährigen Vorversicherungszeit, zurückgelegt in ihrer privaten Pflege-Pflichtversicherung oder ihrer privaten Krankenversicherung.

In Nummer 6 wird klargestellt, daß die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder nur für nicht erwerbstätige Kinder gilt, wie dies auch in Absatz 1 Nr. 2f vorgesehen ist.

Das Neugeschäft nach Absatz 3 unterscheidet sich vom Altgeschäft nach Absatz 1 durch:

- Wegfall der Ehegattenermäßigung,
- Wegfall des Verbots, die Beiträge nach dem Gesundheitszustand der Versicherten zu staffeln; dabei darf der Höchstbeitrag in der sozialen Pflegeversicherung nach Absatz 3 Nr. 5 auch bei Vorerkrankungen nicht überschritten werden,
- Begrenzung der Beiträge auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung erst nach Erfüllung der fünfjährigen Vorversicherungszeit.

Zu Absatz 4

Der neu eingeführte Absatz 4 schränkt die Kündigungs- und Rücktrittsrechte der Versicherungsunternehmen ein. So ist z. B. kein Kündigungsrecht gegeben in Fällen, in denen der Versicherungsnehmer mit seiner Versicherungsprämie in Verzug ist. Der Versicherungsschutz soll auch bei Vertragsverletzungen aufrechterhalten bleiben, damit soll die private Pflege-Pflichtversicherung auch in dieser Hinsicht einen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertigen Schutz gewährleisten. Es soll dem Versicherungspflichtigen nicht ermöglicht werden, durch vertragswidriges Verhalten seine Versicherungspflicht zu

unterlaufen. Leistungsverweigerungsrechte der Versicherungsunternehmen für den Zeitraum, in dem der Versicherungsnehmer keine Prämien entrichtet, bleiben selbstverständlich erhalten.

Durch die Bußgeldvorschrift des § 121 Abs. 1 Nr. 6 besteht die Möglichkeit, den Versicherungsnehmer zur Erfüllung seiner Vertragspflichten und damit zur Aufrechterhaltung seines Versicherungsschutzes anzuhalten.

Zu Artikel 1 (§ 120) — Risikoausgleich*Zu Absatz 1*

Wegen der nach § 119 vorgeschriebenen Übernahme der heute bereits Pflegebedürftigen in die private Pflegeversicherung, der Begrenzung der Beiträge auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung und wegen der sonstigen Bedingungen zur sozialverträglichen Ausgestaltung der privaten Pflegeversicherung nach § 119 ist es den Versicherungsunternehmen nicht möglich, für die Versicherungsnehmer einen risikogerechten Beitrag zu kalkulieren. Durch diese Bedingungen können einzelne private Pflegeversicherungsunternehmen finanziell überfordert werden, insbesondere dann, wenn es aufgrund des festgelegten Kontrahierungszwangs zu einer Häufung von sogenannten schlechten Risiken bei einem einzelnen Versicherungsunternehmen kommt. Die Versicherungsunternehmen, die bereits seit langem die Krankenversicherung anbieten, werden viele ältere oder bereits pflegebedürftige Versicherte im Versichertenbestand der Pflegeversicherung haben und die Versicherungsrisiken mit den nach § 119 begrenzten, nicht risikogerechten Versicherungsbeiträgen nicht abdecken können. Versicherungsunternehmen, die erst seit wenigen Jahren die Krankenversicherung betreiben, haben mehr junge Versicherte und werden deshalb auch in der Pflegeversicherung eher gute Versicherungsrisiken haben, die sie mit den nach § 119 kalkulierten Versicherungsbeiträgen abdecken können.

Ein Ausgleich zwischen allen Pflegeversicherungsunternehmen ist daher unerlässlich, weil sonst das Gesamtsystem der privaten Pflegeversicherung in der Ausgestaltung gemäß § 119 nicht trägt. Ohne einen Ausgleich könnten Krankenversicherungsunternehmen mit ungünstigen Versicherungsbeständen in der Pflegeversicherung nicht wirtschaftlich verantwortbar tätig werden. Die Versicherten dieses Versicherungsunternehmens hätten damit nicht die Chance, die beiden Risiken Pflegebedürftigkeit und Krankheit in einer Hand abzusichern, obwohl dies insbesondere wegen der fließenden Übergänge zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit sinnvoll ist und sowohl von vielen Versicherungspflichtigen als auch von den meisten Versicherungsunternehmen gewünscht wird.

Deshalb wird nach Absatz 1 allen Versicherungsunternehmen, die die private Pflegeversicherung betreiben wollen, gesetzlich vorgegeben, daß sie ein Ausgleichssystem schaffen und erhalten müssen, in dem die unterschiedlichen Belastungen aus dem privaten

Pflegeversicherungsgeschäft ausgeglichen werden. Dem Ausgleichssystem müssen alle inländischen und ausländischen Versicherungsunternehmen beitreten, die eine private Pflegeversicherung betreiben wollen.

Es wird davon ausgegangen, daß die Versicherungsunternehmen den Ausgleich selbst organisieren und sich auf die dazu erforderlichen vertraglichen oder gesellschaftsrechtlichen Rechtsbeziehungen verständigen. Für den Ausgleich werden nur zwei inhaltliche Vorgaben aufgestellt: der Ausgleich muß Dauerhaftigkeit und Wirksamkeit gewährleisten; zusätzlich muß später noch in den Markt eintretenden deutschen oder ausländischen Unternehmen ein Marktzugang zu gleichen Bedingungen offengehalten werden.

Es wird eine gemeinsame Kalkulation der Beiträge vorgeschrieben; dabei muß jedoch Wettbewerb im Bereich der Bruttoprämien erhalten bleiben. Damit bleiben Wirtschaftlichkeitsanreize und ein Wettbewerb zwischen den Versicherungsunternehmen erhalten. Der Gesetzgeber erlaubt den Versicherungsunternehmen nur die Wettbewerbsbeschränkung, die mit dem Finanzausgleich notwendigerweise verbunden ist. Er schreibt gleichzeitig vor, daß es keine Einheitsprämie geben darf, bei der der Wettbewerb weitestgehend entfallen würde. Zulässig ist lediglich eine einheitliche Nettoprämie, bei der die Kosten und die veranschlagten Gewinne nicht einkalkuliert sind. Die Versicherungsunternehmen müssen das Ausgleichssystem zur kartellrechtlichen Prüfung bei der EG-Kommission anzeigen. Die Vereinbarungen über das Ausgleichssystem können ab 1. Januar 1994 umgesetzt werden, auch wenn bis dahin keine Stellungnahme der EG-Kommission vorliegt.

Zu Absatz 2

Mit dieser Regelung wird dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen die Aufsicht über das Ausgleichssystem der privaten Pflegeversicherung übertragen.

Zu Artikel 1 (§ 121) — Bußgeldvorschrift

Zu Absatz 1

Nummer 1 berücksichtigt nunmehr auch die in der neu eingeführten Befreiungsregelung nach § 20 vorgesehene Pflicht zur Aufrechterhaltung des privaten Pflegeversicherungsvertrages. Im übrigen handelt es sich um redaktionelle Änderungen.

In Nummer 2 wird an die neu gefaßte Meldepflicht nach § 47 und nach Artikel 29 Abs. 4 des Pflegeversicherungsgesetzes angeknüpft. Er berücksichtigt, daß die Meldungen nicht mehr zweistufig von dem Versicherungsunternehmen an den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und sodann an das Bundesversicherungsamt verläuft, sondern direkt an das Bundesversicherungsamt gerichtet werden.

Die in dem eingefügten Absatz 3 des § 47 sowie Absatz 1 Satz 2 vorgesehene Meldepflicht wird ebenfalls bußgeldbewehrt.

Die Einfügungen in Nummer 3 zweiter Halbsatz stellen die beabsichtigte Parallelität der Regelung zu § 307 Abs. 1 Nr. 2 SGB V her. Im übrigen handelt es sich um redaktionelle Änderungen.

In Nummer 4 handelt es sich um redaktionelle Änderungen.

Bei der Streichung der bisherigen Nummer 5 handelt es sich um die Korrektur eines Redaktionsversehens.

Mit der Nummer 5 wird die Nichtbefolgung der nach Artikel 29 Abs. 1 Satz 3 des Pflegeversicherungsgesetzes vorgeschriebenen Anpassung des Leistungsumfangs eines privaten Versicherungsvertrages bußgeldbewehrt. Dies wurde nicht dadurch entbehrlich, daß in Artikel 29 Abs. 6 des Pflegeversicherungsgesetzes als Folge der Nichtanpassung das Wiederaufleben der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung vorgesehen ist. Der Versicherungspflichtige muß sich nach Artikel 29 Abs. 2 Satz 1 des Pflegeversicherungsgesetzes innerhalb von drei Monaten entscheiden, ob er sich befreien läßt. Entscheidet er sich für die Befreiung, ist er zur Aufstockung des Versicherungsschutzes nach Artikel 29 Abs. 1 Satz 3 des Pflegeversicherungsgesetzes verpflichtet. Er darf nicht die nach Artikel 29 Abs. 6 des Pflegeversicherungsgesetzes vorgesehene Zuweisung zur sozialen Pflegeversicherung abwarten.

Nummer 6 regelt, daß ein Verstoß gegen die Pflicht zur Beitragszahlung in der privaten Pflegeversicherung anders als in der sozialen Pflegeversicherung eine Ordnungswidrigkeit nach dieser Vorschrift darstellt. Es wäre nicht ausreichend, die Erfüllung der privatrechtlichen Beitragszahlungspflicht, die aber letztlich Ausfluß der im Interesse des einzelnen und der Allgemeinheit liegenden Versicherungspflicht ist, allein von dem für die Versicherungsunternehmen aufwendigen Beschreiten des Zivilrechtsweges abhängig zu machen. Die Versicherungspflichtigen auf Zahlung ihrer Beiträge zu verklagen, bedeutet für die Versicherungsunternehmen — trotz des geringen Streitwertes — viel Aufwand und eine Belastung des Geschäftsklimas zwischen dem Versicherungsunternehmen und seiner Kundschaft.

Es reicht nicht, daß die Versicherungsnehmer nur einen Vertrag schließen, ihn dann aber nicht erfüllen. Deshalb müssen beide Pflichten bußgeldbewehrt werden. Anders als in der sozialen Pflegeversicherung gibt es in der privaten Pflege-Pflichtversicherung nicht die Möglichkeit der Verwaltungsvollstreckung. Die Versicherungsunternehmen sind zur Meldung des sechsmonatigen Prämienverzugs nach § 47 verpflichtet.

Zu Absatz 3

Die Vorschrift setzt in Ergänzung zu § 112 Abs. 1 SGB IV die zuständige Bußgeldbehörde fest. Die Pflegekassen sollen nicht Ordnungswidrigkeiten der

privaten Versicherungsunternehmen verfolgen. Die Pflegekassen sind jedoch zuständig bei Verstößen der Versicherungspflichtigen gegen die Pflicht zum Abschluß und zur Aufrechterhaltung privater Pflegeversicherungsverträge oder gegen die nach Artikel 29 Abs. 1 Satz 3 des Pflege-Versicherungsgesetzes bestehende Pflicht zur Aufstockung des Leistungsumfanges des privaten Pflegeversicherungsvertrages.

Zu Artikel 3 — Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 1a

Das Recht der gesetzlichen Rentenversicherung sieht bei Renten wegen Todes vor, daß diese nicht oder nur in geringerer Höhe gewährt werden, wenn der Sozialleistungsempfänger Erwerbseinkommen oder Erwerb ersatz Einkommen bezieht.

Es wird nunmehr geregelt, daß als Erwerbseinkommen nicht das Arbeitsentgelt gilt, das eine Pflegeperson von einem Pflegebedürftigen erhält, wenn das Entgelt die Höhe des Pflegegeldes im Sinne des § 33 des Elften Buches nicht überschreitet. In diesen Fällen erfolgt also keine Berücksichtigung des Entgelts bei der Einkommensanrechnung auf die Renten wegen Todes.

Zu Nummer 1b

Im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung ist die Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung ein beitragspflichtiges Einkommen. Die Einkommensanrechnung bei den Renten wegen Todes setzt ein bereinigtes Einkommen voraus. Aus diesem Grunde muß auch bei der Verletztenrente, von der ein Sozialversicherungsbeitrag erhoben wird, der Beitrag zur Pflegeversicherung abgezogen werden.

Zu Nummer 5

Folgeänderung aufgrund der Anbindung des Beitragsrechts an das der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung soll nur für die in der Krankenversicherung pflichtversicherten Beschäftigten Gesamtsozialversicherungsbeitrag sein. Das Beitragsrecht für in der sozialen Pflegeversicherung kraft Gesetzes versicherte Beschäftigte, die freiwillige Mitglieder der Krankenversicherung sind, richtet sich nach den Vorschriften der Krankenversicherung.

Zu Nummer 12a

Auch die Knappschaft muß für die Durchführung der Pflegeversicherung einen gesonderten Haushalt aufstellen.

Zu Artikel 4 — Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 1

Redaktionelle Änderung.

Mit der Neufassung des § 11 Abs. 2 SGB V wird klargestellt, daß medizinische Leistungen und ergänzende Leistungen (§ 43 SGB V) der gesetzlichen Krankenversicherung zur Rehabilitation auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit erbracht werden (Satz 1). Dazu gehören aber nach Satz 2 nicht Leistungen der sogenannten „aktivierenden Pflege“, die nach dem SGB XI (vgl. § 6 Abs. 2, § 24 Abs. 3 SGB XI) Ziel und Bestandteil aller pflegerischen Leistungen sind.

Zu Nummer 2

Die Vorgabe, daß die gesetzliche Krankenversicherung ihre Leistungen zur Rehabilitation auch nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit einzusetzen hat, wird in die leistungsrechtliche Grundnorm des § 11 Abs. 2 SGB V aufgenommen. Eine Regelung in § 27 SGB V ist daher entbehrlich.

Zu Nummer 4

Die wesentlichen Zielsetzungen der Regelungen werden aus rechtssystematischen Gründen in die §§ 106 und 275 SGB V aufgenommen.

Zu Nummer 9

Die Vorschrift ergänzt die ursprünglich in § 51 a Abs. 6 vorgesehene Regelung, deren wesentliche Zielsetzung aus rechtssystematischen Gründen in die neuen Absätze 1 a und 1 b des § 275 SGB V aufgenommen wird. Hiernach können Arbeitgeber und Krankenkassen von dem Arzt, der vorsätzlich oder grob fahrlässig einen Arbeitnehmer zu Unrecht krank schreibt, Schadensersatz verlangen.

Zu Nummer 9a

Die Änderung der Vorschrift ist eine Folgeänderung zur Neufassung des § 11 Abs. 2 SGB V (siehe Artikel 4 Nr. 1).

Zu Nummer 12

Nach altem Recht erbrachte Leistungen der Krankenkassen bei Pflegebedürftigkeit bleiben auch nach Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes ausgleichsfähig im Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner.

Zu Nummer 13

Durch die vorgeschlagene Neufassung des § 275 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe b SGB V werden die Krankenkassen generell in die Pflicht genommen, bei „Zweifeln“ — und nicht nur (wie nach bisherigem Recht) bei „begründeten“ Zweifeln — an der Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einzuholen.

Mit dem neuen Absatz 1a in § 275 SGB V werden wesentliche Regelungsinhalte aus der ursprünglich hierzu vorgeschlagenen Regelung des § 51a übernommen. Satz 1 führt beispielhaft einige der Auffälligkeiten auf, die Zweifel an dem Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit nahelegen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn ein Versicherter durch wiederholte Arbeitsunfähigkeit aufgefallen ist oder die Zeiten seiner häufigen Arbeitsunfähigkeit nur von kurzer Dauer sind. Auch die häufige Krankmeldung zu Anfang oder zum Ende einer Woche legt den Verdacht nahe, daß Arbeitsunfähigkeit nicht vorliegt. „Häufig“ bedeutet in diesem Zusammenhang eine Wiederholung, die nach allgemeiner Lebenserfahrung nicht plausibel erscheint (Absatz 1a Buchstabe a). Ein weiteres Indiz, das Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit nahelegt, liegt in dem Verhalten einzelner Ärzte, die im Vergleich zu anderen Ärzten in erheblich höherem Umfang Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit ausstellen.

Bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit haben die Krankenkassen den Medizinischen Dienst unverzüglich einzuschalten (Satz 2). Das gleiche gilt, wenn der Arbeitgeber die Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit eines Mitarbeiters fordert (Satz 3). Dadurch werden die Möglichkeiten des Arbeitgebers, eine Prüfung zu veranlassen, erheblich verbessert; er muß nicht mehr seine Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers jeweils konkret begründen. Die Krankenkasse kann von der Einschaltung des Medizinischen Dienstes absehen, wenn die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit sich eindeutig aus der Aktenlage ergeben (Satz 4). Der neue Absatz 1b gibt in seinem Satz 1 dem Medizinischen Dienst die Befugnis, Vertragsärzte, die in die Zufälligkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 SGB V einbezogen sind, stichprobenartig und zeitnah daraufhin zu überprüfen, ob die von ihnen ausgestellten Krankschreibungen medizinisch gerechtfertigt sind. Durch die Beschränkung der Überprüfung auf den Kreis der Ärzte, die ohnehin geprüft werden, wird eine Erhöhung der gesetzlich vorgesehenen Zahl der zu überprüfenden Ärzte (2 % im Quartal) vermieden.

Die Einzelheiten sind von der Selbstverwaltung der Beteiligten (Landesverbände der Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen) zu vereinbaren (Absatz 1b Satz 2). Dadurch sollen die zeitnahen Stichprobenprüfungen des Medizinischen Dienstes möglichst reibungslos und systemkonform auf die Zufälligkeitsprüfungen nach § 106 Abs. 2 SGB V abgestimmt werden.

Die Streichung ist eine Folgeänderung zu der Aufhebung der §§ 53 bis 57 SGB V (in Artikel 4 Nr. 6).

Zu Nummer 14 Abs. 5

Die Vorschrift ergänzt die bisherigen Regelungen über die Zusammenarbeit und den für den Medizinischen Dienst geltenden Datenschutz. Im Hinblick auf Artikel 13 GG wird eine gesetzliche Grundlage geschaffen, die den Ärzten des Medizinischen Dienstes die Befugnis einräumt, den Versicherten mit seiner Zustimmung in der Wohnung aufzusuchen. Dies gilt aber nur, wenn beispielsweise aus den Befundberichten hervorgeht, daß der Versicherte sich nicht fortbewegen kann oder nicht transportfähig ist, oder der Versicherte selbst dies mitteilt und deshalb zu einem Untersuchungstermin nicht erscheint. Verweigert der Versicherte die Zustimmung zu einer Untersuchung in seiner Wohnung, kann ihm die Leistung versagt werden.

Zu Nummer 14 Abs. 6

Mit der vorgeschlagenen Ergänzung wird der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Interesse der Rechtssystematik auch förmlich an die Vorschriften des SGB XI gebunden.

Zu Nummer 15

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Nummer 15 ist durch die Übertragung des früheren § 51a in die Vorschrift des § 275 entbehrlich.

Die nunmehr vorgesehene Regelung enthält die Umsetzung des § 42 Abs. 3 Satz 2 SGB XI, wonach die Pflegekassen 50 % der Kosten des Medizinischen Dienstes zu übernehmen haben. Der auf die jeweilige Krankenkasse entfallende Anteil der Umlage des Medizinischen Dienstes wird zur Hälfte von der bei ihr errichteten Pflegekasse übernommen.

Zu Nummer 16

Die vorgeschlagene Regelung sichert den Einfluß der für die Krankenversicherung und die Pflegeversicherung zuständigen Fachressorts auf die Richtlinien und Empfehlungen, soweit sie Angelegenheiten der sozialen Pflegeversicherung betreffen.

Zu Artikel 5 — Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch*Zum Eingangssatz*

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 2

Die Regelung bewirkt eine Abstimmung mit der entsprechenden Vorschrift im SGB XI. Beim Zusammentreffen von Erwerbstätigkeit und Pflege werden

Pflegepersonen nur dann durch eine additive Bewertung der Pflegezeiten rentenrechtlich begünstigt, wenn sie regelmäßig nicht mehr als bis zu 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind.

Zu Nummer 4

Redaktionelle Änderung.

Das erhöhte Übergangsgeld soll beibehalten werden, wenn der pflegebedürftige Ehegatte keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat. Bei einem Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung entfällt ein erhöhtes Übergangsgeld.

Zu Nummer 7

Mit der Neufassung des Absatzes 1 soll klargestellt werden, daß einen Zuschuß zu den Aufwendungen für die Pflegeversicherung alle Rentenbezieher erhalten, die entweder privat pflegeversichert oder als freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sind.

Mit der Neufassung des Absatzes 2 soll die Vorschrift an den § 106 (Zuschuß zur Krankenversicherung) angepaßt werden. Die dort geregelte Begrenzung des Zuschusses zur Krankenversicherung auf die Hälfte der Aufwendungen soll im § 106 a nicht vorgenommen werden, weil eine solche Regelung in Anbetracht des geringen Beitragssatzes kaum zum Tragen käme und die daraus gegebenenfalls resultierenden Einsparungen nicht in einem angemessenen Verhältnis zu dem dafür erforderlichen Arbeitsaufwand stehen würden.

Zu Nummer 9

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 10

Aus Gründen der Verständlichkeit soll nunmehr die Beitragsbemessungsgrundlage für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen in einem eigenständigen Absatz 2 des § 166 geregelt werden. Im übrigen wird mit den Änderungen nicht nur auf die jeweilige Stufe der Pflegebedürftigkeit abgestellt, sondern zusätzlich innerhalb der Stufen nach dem tatsächlichen zeitlichen Pflegeaufwand differenziert. Die unterschiedliche rentenrechtliche Bewertung desselben Zeitaufwandes in den verschiedenen Stufen rechtfertigt sich dadurch, daß die tatsächliche (körperliche und seelische) Belastung der Pflegeperson mit zunehmender Pflegebedürftigkeit steigt.

Zu Nummer 11a

Mit dieser Regelung soll eine dem § 176 Abs. 2 SGB VI entsprechende Regelung geschaffen werden.

Zu Nummer 13

Durch die Neuregelung in § 223 Abs. 4 SGB VI werden sowohl der Beitrag als auch der Zuschuß zur Pflegeversicherung in die Regelungen des Wanderversicherungsausgleichs aufgenommen.

Zu Nummer 14

Die Änderung stellt sicher, daß für ehemals befreite Angestellte bei Wehrübungen wie bisher Beiträge zu einer Lebensversicherung gezahlt werden können.

Zu Nummer 15

Die Änderung der Angabe im Satz 1 erfolgt im Hinblick auf die Inkrafttretensregelung in Artikel 35 des Pflege-Versicherungsgesetzes.

Nach dem bis zum 31. März 1994 geltenden § 57 Abs. 2 SGB VI beginnt die Anrechnung einer Berücksichtigungszeit wegen Pflege mit Aufnahme der Pflegetätigkeit, wenn die Anrechnung innerhalb von drei Kalendermonaten nach Aufnahme der Pflegetätigkeit beantragt wird. Da ab 1. April 1994 keine neuen Berücksichtigungszeiten wegen Pflege entstehen können, ist nur noch bei Beginn einer Pflegetätigkeit nach dem 31. Dezember 1993 bis zum 31. März 1994 eine erfolversprechende Antragstellung nach dem 31. März 1994 möglich.

Zu Nummer 17

Die Änderung der Angaben erfolgt im Hinblick auf die Inkrafttretensregelung in Artikel 35 des Pflege-Versicherungsgesetzes.

Nach dem bis zum 31. März 1994 geltenden § 177 Abs. 4 SGB VI beginnen die Möglichkeit der Umwandlung von freiwilligen Beiträgen in Pflichtbeiträge und die Aufstockungsmöglichkeit mit Aufnahme der Pflegetätigkeit, wenn dies innerhalb von drei Kalendermonaten nach Aufnahme der Pflegetätigkeit beantragt wird. Da ab 1. April 1994 diese Möglichkeiten entfallen, ist nur noch bei Beginn einer Pflegetätigkeit nach dem 31. Dezember 1993 bis zum 31. März 1994 eine erfolversprechende Beantragung dieser Vergünstigungen nach dem 31. März 1994 möglich.

Zu Nummer 18

Die Änderung stellt klar, daß eine Bekanntgabe der Berechnungsfaktoren auch im Rahmen einer anderen Verordnung erfolgen kann.

Zu Nummer 19

Die Ergänzung stellt sicher, daß die Ausgaben im Zusammenhang mit den Beiträgen zur Pflegeversicherung und den Zuschüssen zur Pflegeversicherung auch bei der Übergangsregelung zum Wanderversicherungsausgleich berücksichtigt werden.

Zu Artikel 5 a — Änderung des Gesetzes zur
Sicherung und
Strukturverbesserung der
gesetzlichen Krankenversicherung

Die Änderung stellt sicher, daß Verwaltungskosten, die die Krankenkassen für die Pflegekassen gegen Erstattung übernehmen, das Verwaltungskostenbudget nicht belasten.

Zu Artikel 6 — Änderung der
Reichsversicherungsordnung

Redaktionelle Änderungen.

Zu Artikel 7 — Änderung des
Arbeitsförderungsgesetzes
(Nummern 1, 3, 4 und 5)

Zu Nummer 1

Der Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Umsetzung des Spar-, Konsolidierungs- und Wachstumsprogramms sieht bereits eine Änderung des § 44 Abs. 2 AFG dahingehend vor, daß künftig ein Teil Unterhaltsgeld gewährt werden kann, wenn wegen der Betreuung aufsichtsbedürftiger Kinder oder pflegebedürftiger Personen die Teilnahme an einer Fortbildungs- oder Umschulungsmaßnahme mit ganztägigem Unterricht nicht erwartet werden kann. Die Änderung des § 44 AFG durch das Pflege-Versicherungsgesetz wird deshalb überflüssig.

Zu Nummer 4

Redaktionelle Änderung.

Zu den Nummern 3 und 5

Redaktionelle Änderung.

Entsprechend dem Sprachgebrauch des Artikels 1 des Entwurfs wird die Bezeichnung „gesetzliche Pflegeversicherung“ durch die Bezeichnung „soziale Pflegeversicherung“ ersetzt.

Zu Nummer 4

Redaktionelle Änderung.

Zu Artikel 8 — Änderung des
Bundesversorgungsgesetzes
(Nummern 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15
und 15 a)

Zu Nummer 4

Die Nummer 4 ist zu streichen, da § 19 BVG durch das 2. OEG-Änderungsgesetz vom 21. Juli 1993 zum 1. Januar 1994 eine neue Fassung erhalten hat.

Zu Nummer 7

Redaktionelle Folgeänderung aus der Neugliederung des § 26 c.

Zu Nummer 8

Die Änderungen entsprechen weitgehend denen zu Artikel 15 (Änderung des Bundessozialhilfegesetzes) bei der Hilfe zur Pflege. Schlechterstellungen für die Kriegsoffer gegenüber der bisherigen Rechtslage werden dabei vermieden.

Zu Nummer 9

Redaktionelle Folgeänderung aus der Neugliederung des § 26 c.

Zu Nummer 11

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 12

Klarstellung, daß allen Pflegegeldbeziehern nach dem Bundesversorgungsgesetz die Wahrung des Besitzstandes eingeräumt wird.

Die durch § 27 j gewährten Besitzstände beziehen sich auf die dort genannten Leistungen der Kriegsofferfürsorge ohne Berücksichtigung einer eventuellen Anrechnung einer Geldleistung nach § 57 SGB V.

Redaktionelle Änderung zur Verdeutlichung, daß § 26 c den in § 27 j geregelten Besitzstand unberührt läßt.

Zu Nummer 13

Redaktionelle Änderungen.

Zu Nummer 15

Die Vorschrift regelt für rentenberechtigte Beschädigte und Hinterbliebene die Erstattung von Beiträgen zur privaten Pflege-Pflichtversicherung bzw. zur gesetzlichen Pflegekasse bei Mitgliedschaft nach § 18 Abs. 3 SGB XI. Dieser Personenkreis hatte auch bisher in der Regel einen Anspruch auf Pflegeleistungen nach § 11 Abs. 4 a. F. und § 12 Abs. 5 BVG.

Zu Nummer 15 a

Folgeänderung zur Änderung der Anpassungsregelung beim Pflegegeld (§ 26 c Abs. 6 Satz 1).

Zu Nummer 16

Die Vorschrift ist zur Wahrung des Besitzstandes von Berechtigten mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland erforderlich.

Die Zuwendung kann in Anlehnung an die bis zum 31. März 1994 geltenden Vorschriften (§ 11 Abs. 4 BVG i. V. m. §§ 53 ff. SGB V) gegeben werden.

Zu Artikel 8 a

Durch Artikel 8 des Pflege-Versicherungsgesetzes werden — ebenfalls mit Wirkung vom 1. April 1994 — die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 11 Abs. 4 und damit auch nach § 12 Abs. 5 BVG a. F. gestrichen, weil künftig entsprechende Leistungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz zu erbringen sind. Den Krankenkassen entstehen also im Jahre 1994 und in den Folgejahren insofern keine nach § 19 Abs. 3 und § 20 BVG a. F. erstattungspflichtige Aufwendungen mehr. Die entsprechenden Beträge sind von der Erstattungssumme aus dem Haushalt 1993 abzuziehen, bevor diese als Referenzbetrag für die Bestimmung des Pauschalbetrages 1994 dienen kann.

Zu Artikel 9 — Änderung des Arbeitssicherstellungsgesetzes**Zu Nummer 1**

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 2

Folgeänderungen aufgrund der Neufassung der Vorschriften über die Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung und der Vorschriften über die Zahlung von Beitragszuschüs-

sen für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und privat Versicherte.

Eine besondere Regelung, daß die Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung auch während einer Verpflichtung in ein Arbeitsverhältnis nach dem Arbeitssicherstellungsgesetz gilt, ist entbehrlich. Durch den Verpflichtungsbescheid nach dem Arbeitssicherstellungsgesetz wird ein Arbeitsverhältnis begründet (§ 13), für das aufgrund des neu gefaßten § 18 die Vorschriften des SGB XI, die bei einem privat Versicherten anzuwenden sind, wenn dieser freiwillig ein neues Arbeitsverhältnis z. B. durch Wechsel des Arbeitgebers oder aus selbständiger Tätigkeit begründet.

§ 23 a gilt nur für Beamte, Richter auf Probe und Arbeitnehmer des öffentlichen Dienstes, denen ihr Dienstherr oder Arbeitgeber während der Verpflichtung Dienstbezüge, Unterhaltszuschuß oder Arbeitsentgelt, abzüglich der Geldbezüge aus dem durch Verpflichtung begründeten Arbeitsverhältnis weiter zu zahlen hat (§ 16). Der Dienstherr oder öffentliche Arbeitgeber und der neue Arbeitgeber sollen den Beitragszuschuß nach § 57 SGB XI jeweils anteilig nach der Höhe der Dienstbezüge, Unterhaltszuschüsse oder Arbeitsentgelte gewähren, die sie dem Verpflichteten zu zahlen haben.

Zu Artikel 11 — Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes (Nummern 1, 2, 3, 5, 6, 7 a, 8, 9 und 11)**Zu den Nummern 1, 3, 6 und 9**

Redaktionelle Änderungen.

Zu Nummer 2

Anpassung an die Regelungen des SGB XI über die Pflegeversicherung der Personen, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Zu Nummer 5

Entsprechend der allgemeinen Regelung im SGB XI wird für Künstler und Publizisten, die als freiwillig Krankenversicherte in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sind, ein Beitragszuschuß eingeführt.

Zu Nummer 7 a

Folgeänderung zu Nummer 8.

Zu Nummer 8 Doppelbuchstabe aa

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 8 Doppelbuchstabe bb

In Fällen der wiederholten Nichtentrichtung von Beitragsanteilen zur sozialen Pflegeversicherung soll — wie in der gesetzlichen Krankenversicherung — das Ruhen der Leistungen eintreten. Mit dieser Regelung wird eine unterschiedliche versicherungsrechtliche Behandlung in der Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung vermieden.

Zu Nummer 8 Doppelbuchstabe cc

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe bb.

Zu Nummer 11

Folgeänderung zu Nummer 2.

Zu Artikel 13a — Änderung des Gesetzes über eine Altershilfe für Landwirte

Artikel 13a stellt sicher, daß die durch die hälftige Tragung des Beitrags zur Pflegeversicherung aus den Altersgeldern entstehenden Mehraufwendungen der Alterskassen nicht zu einer Erhöhung des Alterskassenbeitrags führen. Nur durch diese Regelung kann die im Rahmen des Entwurfes des Agrarsozialreformgesetzes 1995 (ASRG 1995) beabsichtigte Stabilisierung des Alterskassenbeitrags erreicht werden.

Zu Artikel 13b — Änderung des Gesetzes zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit

Artikel 13b stellt sicher, daß die durch die hälftige Tragung des Beitrags zur Pflegeversicherung aus den Produktionsaufgaberechten und Ausgleichsgeldern entstehenden Mehraufwendungen der Alterskassen vom Bund getragen werden.

Zu Artikel 14 — Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Nummer 1

Die ursprünglich in Absatz 3 vorgesehene Frist zum stufenweisen Abbau fehlbelegter Krankenhausbetten (31. Dezember 1997) wird durch die flexiblere Ver-

pflichtung der Planungsbehörden ersetzt, solche Betten ab 1. Januar 1996 unverzüglich zu verringern; dies erscheint schon deswegen geboten, weil die stationären Leistungen erst zu diesem Zeitpunkt in Kraft treten und die ursprünglich vorgegebene Frist zu kurz ist.

Zu Nummer 3

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist es erforderlich, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, die Befugnis einzuräumen, das Ergebnis der Begutachtung an die jeweils zuständige Krankenkasse des Versicherten weiterzugeben.

Zu Artikel 15 — Änderung des Bundessozialhilfegesetzes

Zu Nummer 1

Redaktionelle Änderungen.

Zu Nummer 2 Doppelbuchstabe aa

Die Einfügung stellt klar, daß die Regelung auf körperliche, geistige oder seelische Krankheit oder Behinderung abstellt. Pflegebedürftigkeit auf Dauer i. S. dieser Regelung ist auch dann gegeben, wenn die verbleibende Zeitspanne möglicherweise weniger als sechs Monate beträgt.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb

Satz 2 sah in der bisherigen Fassung für Kranke und Behinderte, deren Pflegebedürftigkeit geringer als nach Satz 1 i. V. m. den Absätzen 2 bis 4 ist, nur eine Kann-Leistung vor. Die Anhörungen zum Pflegeversicherungsgesetzesentwurf haben gezeigt, daß sich auch bei geringem Hilfebedarf die Beibehaltung der Anspruchsleistung empfiehlt. Die nunmehr vorgeschlagene Regelung sieht daher auch für diesen Personenkreis einen Anspruch auf Hilfe zur Pflege vor, der allerdings auf die in diesen Fällen typische Bedarfslage gemäß Absatz 5 (besonderer Bedarf) und § 69 (häusliche Pflege) beschränkt wird. Durch den Einschub „voraussichtlich für weniger als sechs Monate“ wird erreicht, daß Kranke oder Behinderte, deren Hilfebedarf voraussichtlich weniger als sechs Monate besteht, nicht von der Hilfe zur Pflege ausgeschlossen werden.

Zu Nummer 2 Doppelbuchstabe cc

Der Eingangssatz enthält eine sprachliche Korrektur; Nummer 3 eine medizinisch begründete Ergänzung.

Zu Nummer 2 Doppelbuchstabe dd

Die neue Nummer 4 garantiert auch zukünftig Pflegeleistungen entsprechend dem bisherigen Umfang der Sozialhilfe. Sie stellt sicher, daß die definitorischen Voraussetzungen für die Hilfe zur Pflege nicht auf bestimmte, abschließend benannte Arten von Störungen beschränkt werden. Die Klausel ermöglicht für besondere, abstrakt nicht klassifizierbare oder aufgrund von Weiterentwicklungen neu aufkommende Fälle die Gewährung von Leistungen, sofern nach dem Gesamtbild der Verfassung des Hilfebedürftigen Pflegeleistungen erforderlich sind.

Zu Nummer 2 Doppelbuchstabe ee

Die Regelung wird um den wichtigen Fall ergänzt, daß der Hilfebedürftige der Unterstützung bei der Vornahme von Verrichtungen bedarf. Durch rechtzeitige Unterstützung kann vielfach vermieden werden, daß eine Übernahme von Verrichtungen durch andere erforderlich wird. Mit der Ersetzung des Begriffs „Hilfe“ durch „Hilfebedarf“ wird klargestellt, daß es sich hier nicht um eine Beschreibung von Maßnahmen der Hilfe zur Pflege handelt, sondern um den vorauszusetzenden Bedarf an Hilfe i. S. von Absatz 1 („Hilfe bedürfen“).

Zu Nummer 2 Doppelbuchstabe ff

Die in Nummer 1 aufgezählten Verrichtungen sind auf die wesentlichen Punkte beschränkt worden.

Zu Nummer 2 Doppelbuchstabe gg

Die Regelung, die im Gesetzentwurf als § 69 Abs. 6 enthalten war, wird aus systematischen Gründen hier eingestellt und um die Verweisung auf § 26 SGB XI (Anpassung der Pflegegelder) erweitert.

Zu Nummer 2 a

Die neu eingefügte Vorschrift stellt sicher, daß einmal getroffene Entscheidungen der Pflegekassen oder der Träger der Sozialhilfe über den Umfang der Pflegebedürftigkeit bei einem Wechsel des Leistungsträgers oder bei gleichzeitiger Leistung dem Grunde nach in Geltung bleiben (Bindungswirkung). Der zweite Halbsatz stellt klar, daß dies nur gelten kann, soweit aufgrund gleicher Leistungsvoraussetzungen zu entscheiden war (Tatsachenidentität).

Zu Nummer 3

Diese Vorschrift in der geltenden Fassung wie auch in der des Gesetzentwurfs faßte die Voraussetzungen, die Leistungen und das Verhältnis der Leistungen der häuslichen Pflege untereinander und zu anderen Pflegeleistungen zusammen. Zum besseren Verständnis dieser komplexen Vorschrift wird sie nunmehr in

die §§ 69 bis 69c aufgegliedert. § 69 enthält die bisher in Absatz 1 und Absatz 2 Satz 2 enthaltene Grundnorm der häuslichen Pflege und hat mit dem Hinweis auf § 69a bis § 69c Einweisungsfunktion.

Zu Nummer 3 a

In § 69a werden die Regelungen über die Voraussetzungen und die Höhe des Pflegegeldes, die bisher zusammen mit anderen Vorschriften in den Absätzen 3 und 4 enthalten waren, zusammengefaßt.

In § 69b werden die Regelungen über die Voraussetzungen weiterer Leistungen der häuslichen Pflege zusammengefaßt, die bisher in Absatz 2 Satz 2 und 3 und Absatz 3 Satz 3 enthalten waren. Durch den zusätzlich aufgenommenen Hinweis auf die Kostenübernahme von Beihilfen soll auch insoweit sichergestellt werden, daß pflegebedürftige Personen, die keinen Anspruch auf Pflegegeld haben, in Zukunft nur noch bei Nachweis entsprechender Aufwendungen die vorgesehenen Leistungen erhalten können. Durch die in Absatz 3 aufgenommene Regelung wird ausgeschlossen, daß eine insgesamt pauschalierte Abgeltung des in § 69b genannten Bedarfs, die einzelne Träger der Sozialhilfe vorgenommen haben (sog. „kleines Pflegegeld“), erfolgt.

In § 69c werden die Regelungen über das Verhältnis gleichzeitig vorliegender Leistungsvoraussetzungen der Hilfe zur Pflege untereinander sowie der Hilfe zur Pflege zu Pflegeleistungen oder vergleichbaren Leistungen nach anderen Vorschriften zusammengefaßt.

Zu den Nummern 3 b und 3 c

Redaktionelle Änderungen.

Zu Nummer 4

Die Streichung und Ergänzung am Ende des Absatzes 3 stellt parallel zur obigen Regelung in § 68a klar, daß die Bindungswirkung von Entscheidungen der Pflegekassen für die Träger der Sozialhilfe, die im bisherigen Wortlaut enthalten ist, eine Tatsachenidentität voraussetzt.

Zu Artikel 16 — Änderung des Heimgesetzes*Zum Eingangssatz*

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 1

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 2

Der Gesetzestext wird gestrafft und der Diktion des Heimgesetzes angepaßt sowie im Hinblick auf die Regelungen des Siebten und Achten Kapitels des SGB XI präzisiert.

Zu Nummer 5

Redaktionelle Änderung.

Zu Nummer 6

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Änderung.

Zu Buchstabe b

Durch die Neufassung wird die Vorschrift des § 14 Abs. 8 (neu) redaktionell angepaßt und die Einbeziehung des Absatzes 6 gestrichen. Es erscheint sachlich nicht vertretbar, in Ansehung von Spenden und Zuwendungen bei Bewohnern von Heimen, die Versicherte der sozialen Pflegeversicherung nach dem SGB XI sind, einschränkender als bei anderen Heimbewohnern zu verfahren. Zudem könnte ein Verbot ohne die Ausnahmeregelung des Absatzes 6 für Versicherte der sozialen Pflegeversicherung im Hinblick auf eine Einschränkung ihrer Testierfreiheit rechtlich angreifbar sein.

Zu Artikel 17 — Änderung des Lastenausgleichsgesetzes

Zu den Nummern 1 und 2

Redaktionelle Änderungen.

Zu Artikel 17a — Änderung des Bundesbesoldungsgesetzes

Das Gesetz überträgt die Absenkung der Entgeltzahlung an Feiertagen für den Arbeitnehmerbereich auf Beamte, Richter und Soldaten.

Das Alimentationsprinzip steht grundsätzlich einer Aufspaltung der dem Beamten zu gewährenden Besoldung als finanzielle Gegenleistung für Dienstleistung nach Zeitabschnitten entgegen. Der Gesetzgeber hat aber einen Spielraum, auch im Bereich der Besoldung allgemeine gesellschaftliche Entwicklungen bei der Bezahlsregelung abhängig Beschäftigter aufzunehmen.

Die Vorschrift regelt die Kompensation für Beamte, Richter und Soldaten. Es besteht eine Wahlmöglichkeit zwischen einer Kürzung der Besoldung an Feiertagen (Absatz 1) und dem Verzicht auf zwei Tage Erholungsurlaub (Absatz 2). Beide Möglichkeiten stehen völlig selbständig nebeneinander, d. h., die Kürzung des Erholungsurlaubs ist rechtlich kein Äquiva-

lent zur Besoldungskürzung; diese Verknüpfung wäre mit dem Alimentationsprinzip unvereinbar. Vielmehr soll den Beamten die gleiche Wahlmöglichkeit gegeben werden wie den Arbeitnehmern.

Zu Artikel 17b — Änderung des Bundesministergesetzes

Parallelregelung zu der Absenkung der Entgeltzahlung an Feiertagen bei Arbeitnehmern.

Zu Artikel 17c — Änderung des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Parlamentarischen Staatssekretäre

Parallelregelung zu der Absenkung der Entgeltzahlung an Feiertagen bei Arbeitnehmern.

Zu Artikel 17d — Änderung des Abgeordnetengesetzes

Redaktionelle Änderung.

Zu Artikel 17e — Änderung des Flüchtlingshilfegesetzes

Redaktionelle Änderung.

Zu Artikel 19 — Änderung des Einkommensteuergesetzes

Zum Eingangssatz und zu den Nummern 1 a, 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb und Nummer 3 Buchstabe b

Redaktionelle Änderungen.

Zu Nummer 2 Buchstabe b

Die älteren Versicherten erhalten durch das Umlagesystem der sozialen und Umlageelemente in der privaten Pflegeversicherung den Vorteil günstiger, von jüngeren Versicherten mitfinanzierter Beiträge.

Daher ist es bei einer Gesamtbetrachtung von Belastungen und Vergünstigungen durch die Pflege(pflicht)versicherung und die Regelungen zur Pflegezusatzversicherung gerechtfertigt, jüngeren Versicherten, die durch diese Umlagen zusätzlich zu ihrem eigenen Beitragsanteil belastet werden, den Anreiz zum Abschluß einer privaten Pflegezusatzversicherung zu geben.

Auf dieser Basis ist es sachgerechter, die Altersgrenze zwischen jüngeren und älteren Versicherten nicht bei 30, sondern bei 35 Jahren anzusetzen. Mit fortschreitender Geltungsdauer wird die Regelung immer mehr, d. h. vor allem immer ältere Versicherte erfassen.

Zu Nummer 3 Buchstabe a

Die Änderung dient der Rechtsbereinigung und -vereinfachung. Nach der Rechtsprechung war die „äußerliche Erkennbarkeit“ nicht eng auszulegen, so daß dieses Tatbestandsmerkmal im Verwaltungsvollzug kaum eine Rolle spielte.

Zu Nummer 3 Buchstabe c

Die Formulierung wird in Übereinstimmung mit der Neufassung des § 35 Abs. 1 BVG gewählt. Sie stellt sicher, daß der Kreis der Anspruchsberechtigten weder eingeschränkt noch erweitert wird und trägt der zu dem Begriff der Pflegebedürftigkeit entwickelten Rechtsprechung Rechnung.

Zu Artikel 20 — Änderung des Umsatzsteuergesetzes

Redaktionelle Änderung.

Zu Artikel 22 — Änderung des Versicherungssteuergesetzes

Die Regelung begründet die Befreiung der Beiträge zu allen Arten von Pflegeversicherungen (§§ 1, 20 SGB XI), und zwar auch für die Beiträge zu solchen Pflegeversicherungen, die vor dem Inkrafttreten des SGB XI genommen worden sind und die Voraussetzungen dieses Gesetzes erfüllen. Die Beiträge zu bereits bestehenden Pflegeversicherungen, die in Wahrheit Kranken- oder Lebensversicherungen sind, obwohl auch sie als „Pflegeversicherungen“ bezeichnet werden, unterliegen bereits nach geltendem Recht nicht der Versicherungssteuer.

Zu Artikel 22a — Änderung der Bundeshaushaltsordnung

Die Anpassung der Vorschrift ist durch die Einrichtung eines neuen Zweiges der Sozialversicherung mit bundesunmittelbaren Trägern erforderlich geworden.

Zu Artikel 23 — Änderung des Bundesausbildungsförderungsgesetzes*Zu Nummer 1*

Klarstellung, daß nur beitragspflichtig versicherte Auszubildende einen Pflegeversicherungszuschlag nach § 13a BAföG erhalten. Auszubildende, die gemäß § 21 SGB XI über die Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung mitversichert sind, erhalten keinen Versicherungszuschlag. Dasselbe gilt, sofern gemäß § 119 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe f SGB XI eine beitragsfreie Mitversicherung bei einem privaten Versicherungsunternehmen besteht.

In bezug auf privat pflegeversicherte Auszubildende wird ferner deutlich gemacht, daß der Pflegeversicherungszuschlag nicht nur gewährt wird, wenn sie selbst einen Vertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen geschlossen haben. Die bisherige Fassung des § 13a Nr. 2 war insoweit mißverständlich. Der Pflegeversicherungszuschlag wird — ebenso wie der Krankenversicherungszuschlag nach dem BAföG — auch gewährt, wenn über die Eltern oder den Ehegatten eine beitragspflichtige Mitversicherung bei einem privaten Versicherungsunternehmen besteht.

Zu Artikel 26 — Änderung des Eignungsübungsgesetzes

Redaktionelle Änderung.

Zu Artikel 27 — Änderung des Unterhaltssicherungsgesetzes

Redaktionelle Änderung.

Zu Artikel 27a — Änderung der Beitragsüberwachungsverordnung

Die amtlichen Vordrucke „Beitragsnachweis“ und „Besonderer Beitragsnachweis für Beiträge aus bzw. für Kurzarbeiter- oder Schlechtwettergeld“ (die Anlagen 1 und 2 werden jeweils um den Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung erweitert).

Zu Artikel 27b — Änderung der Beitragszahlungsverordnung

Da die Pflegekasse unter dem Dach der Krankenkasse errichtet wird, sind vom Überweisungsverfahren abweichende Weiterleitungsverfahren zulässig, wenn dies für die Pflegekasse wirtschaftlicher als das Überweisungsverfahren ist.

Artikel 27c — Änderung der Verordnung über die Erstattung von Aufwendungen nach dem Gesetz zur Überführung von Ansprüchen und Anwartschaften aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen des Beitrittsgebiets durch den Bund

Die Ergänzung stellt sicher, daß auch die Aufwendungen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte für die Pflegeversicherung im Rahmen des § 15 Abs. 1 des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes erstattet werden.

Zu Artikel 27 d — Rückkehr zum einheitlichen
Verordnungsrang

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang.

Zu Artikel 28 a — Fristverlängerung für
Befreiungsanträge

Für eine Übergangszeit von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes wird den freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten ein Befreiungsrecht von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung eingeräumt. Voraussetzung ist der Nachweis eines privaten Pflegeversicherungsschutzes, der Vertragsleistungen vorsieht, die den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind.

Zu Artikel 29 — Behandlung der bestehenden
privaten Pflegeversicherung*Zu Absatz 1*

Die Änderung ist eine Folgeänderung der Neufassung der Vorschriften über den versicherungspflichtigen Personenkreis. Um die Personen mit privatrechtlichen Pflegeversicherungsverträgen melderechtlich leichter erfassen zu können, wird die Freistellung von der sozialen Pflegeversicherung als „Antrags-Befreiung“ ausgestaltet.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift entspricht der Befreiungsvorschrift im Pflege-Versicherungsgesetz (§ 20 Abs. 2 SGB XI).

Zu Absatz 3

Personen, die von ihrem Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung nicht Gebrauch machen und ihren privaten Pflegeversicherungsvertrag, der vor dem 23. Juni 1993 abgeschlossen wurde, nicht fortsetzen wollen, wird mit dieser Neuregelung ein außerordentliches Kündigungsrecht des privaten Pflegeversicherungsvertrages eingeräumt.

Zu Absatz 4

Die zusätzlichen Meldepflichten stellen sicher, daß kontrolliert werden kann, ob die Befreiungsversicherung dauerhaft aufrechterhalten bleibt oder jedenfalls so lange aufrechterhalten wird, wie die Versicherungspflicht nach dem SGB XI bestehen würde.

Zu Absatz 5

Auch für private Pflegeversicherungsverträge, die vor dem 23. Juni 1993 abgeschlossen wurden, wird nunmehr ein Zuschuß des Arbeitgebers vorgesehen, und zwar auch für den Zeitraum, in dem die Vertragsleistungen noch nicht an die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung angepaßt sind. Ab 1. Januar 1995 gelten für Verträge, deren Leistungen den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind, die in § 57 SGB XI sowie in den weiteren genannten Vorschriften über Beitragszuschüsse getroffenen Regelungen.

Zu Absatz 6

Die Änderung sieht vor, daß in den Fällen, in denen die Verträge nach Absatz 1 nicht angepaßt werden oder der Versicherungsnehmer z. B. durch Zahlungsverzug die Kündigung des Vertrages verursacht, Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung eintritt.

Zu Artikel 31 — Beitragsbemessung bei Wehr- und
Zivildienstleistenden

Redaktionelle Änderung.

Zu Artikel 32 — Bezieher von Pflegeleistungen
nach den §§ 53 bis 57 des Fünften
Buches Sozialgesetzbuch*Zu Absatz 1*

Nach den Erfahrungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ist die Mehrzahl der Pflegebedürftigen, die heute Leistungen nach den §§ 53 bis 57 SGB V erhalten, vom Hilfebedarf her der neuen Pflegestufe II zuzuordnen, ein weiterer Teil sogar der Pflegestufe III. Die Neufassung der Übergangsvorschrift wird den Einschätzungen des Medizinischen Dienstes gerecht und vermeidet so eine Antragsflut bei den Pflegekassen, wenn zum 1. April 1994 die Pflegeversicherungsleistungen bei häuslicher Pflege eingeführt werden. Pflegebedürftige erhalten damit ab 1. April 1994 das Doppelte der Sach- oder Geldleistung, die sie vorher von ihrer Krankenkasse erhalten haben. Wird die Einstufung in die Pflegestufe III beantragt und stellt sich bei der Entscheidung über den Antrag heraus, daß Pflegebedürftigkeit der Stufe III vorliegt, erhält der Pflegebedürftige für den zurückliegenden Zeitraum die Differenz in Höhe von 400 DM. Eine rückwirkende Aufstockung der Sachleistungen ist nicht möglich.

Zu Absatz 2

Die Krankenkassen müssen den Pflegekassen die Leistungsunterlagen überlassen, um einen reibungslosen Übergang in das Leistungssystem der Pflegeversicherung zu gewährleisten.

Zu Artikel 32 a — Aufbau der Verwaltung der Pflegekassen**Zu Absatz 1**

Die Vertreterversammlungen der Krankenkassen können vor Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes Satzungen für die bei den Krankenkassen zu errichtenden Pflegekassen beschließen. Hierdurch ist sichergestellt, daß die Pflegekassen bei Inkrafttreten des Gesetzes ihre Arbeit auf der Basis einer gültigen Satzung beginnen können.

Zu Absatz 2

Diese Regelung stellt die Rechtsgrundlage dar, auf der die vertretungsberechtigten Organe der Krankenkasse für die bei ihr zu errichtende Pflegekasse die erforderlichen vorbereitenden Maßnahmen zum Aufbau und die spätere Durchführung der Pflegeversicherung treffen können.

Zu Absatz 3

Die nach Absatz 2 geschlossenen Verträge binden zunächst die Krankenkasse. Mit Inkrafttreten des Gesetzes gehen die Rechte und Pflichten aus diesen Verträgen auf die bei der Krankenkasse errichtete Pflegekasse über. Finanzielle Mittel, die die Krankenkasse im Jahre 1993 für die Erfüllung der Verträge und zum Aufbau der bei ihr zu errichtenden Pflegekasse aufwendet, sind ihr von der Pflegekasse im Jahre 1994 zusätzlich zu den im Gesetz vorgesehenen Verwaltungskosten zu erstatten. Um die Krankenkassen zu sparsamem Verhalten zu veranlassen, wird der Erstattungsbetrag in der Höhe begrenzt.

Zu Artikel 32 b — Beitragsfreiheit für Pflegebedürftige in stationärer Pflege

Die Regelung trägt der Tatsache Rechnung, daß die Pflegeversicherung Leistungen bei stationärer Pflege erst ab 1. Januar 1996 vorsieht. Es wäre unbillig, diese Pflegebedürftigen, die überwiegend auf Sozialhilfe angewiesen sind, mit Beiträgen zur sozialen Pflegeversicherung zu belasten, obwohl sie erst zum 1. Januar 1996 Versicherungsleistungen erhalten können.

Zu Artikel 32 c — Übergangsregelungen für die Beitragszahlung von Rentenbeziehern**Zu Absatz 1**

Aufgrund des kurzen Zeitraums zwischen Verkündung und Inkrafttreten des Gesetzes sind die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nicht in der

Lage, vom 1. Januar 1994 an die für Bestandsrentner zu leistenden Beiträge zu ermitteln und einzubehalten. Deshalb sollen die Beiträge erst vom 1. Juli 1994 an laufend einbehalten werden. Da für Rentenbezieher für das erste Halbjahr 1994 Beiträge nicht entrichtet worden sind, ist vom 1. Juli 1994 an ein erhöhter Beitragssatz anzuwenden. Die zusätzliche Beitragsbelastung wird auf die Zeit bis zum 30. Juni 1995 verteilt, um die Belastungen für den Rentenbezieher zu begrenzen. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung ist der erhöhte Beitragsanteil auf der Grundlage des Rentenbetrags in der Zeit vom 1. Juli 1994 bis zum 30. Juni 1995 zu ermitteln. Der erhöhte Beitragssatz ist so zu bestimmen, daß sich durch die Rentenanpassungen Nachteile für die Rentner nicht ergeben.

Zu Absatz 2

Für die zunächst unterbliebene Beitragsentrichtung zur sozialen Pflegeversicherung leisten die Träger der Rentenversicherung für den auf sie entfallenden Beitragsanteil Vorschüsse, die vom Bundesversicherungsamt festzusetzen und mit der späteren erhöhten Beitragsleistung zu verrechnen sind.

Zu Absatz 3

Die Umsetzung der vorgesehenen Zuschußregelung für in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherte und für in der privaten Krankenversicherung versicherte Rentenberechtigte ist ebenfalls zum Inkrafttreten des Gesetzes nicht möglich. Aus diesem Grund werden die Zuschüsse für die Zeit vom 1. Januar 1994 bis 30. Juni 1994 rückwirkend mit der Rentenanpassung zum 1. Juli 1994 ausbezahlt.

Zu Absatz 4

Da die Erteilung von besonderen Bescheiden durch die Rentenversicherungsträger sehr verwaltungsaufwendig ist, sollen für die Unterrichtung der Rentempfänger in Bestandsfällen normale Mitteilungen ausreichen.

Zu Artikel 34 — Pflegegeld nach dem Bundessozialhilfegesetz

Die Regelung der Besitzstandswahrung wird auf den gesamten Personenkreis des § 69 ausgedehnt und an das spätere Inkrafttreten der Leistungsvorschriften angepaßt. Zudem wird klargestellt, daß die Besitzstandswahrung sich auf die am 31. März 1994 gültigen Beträge bezieht.

Zu Artikel 35 — Inkrafttreten

Zu Absatz 1

Redaktionelle Änderung.

Zu Absatz 2

Die ordnungsgemäße Leistungsgewährung der sozialen Pflegeversicherung ist wegen des kurzen Zeitraumes zwischen dem zu erwartenden Datum des Gesetzesbeschlusses und dem Inkrafttreten des Gesetzes in Frage gestellt. Um die gesetzlichen Krankenkassen, denen die Durchführung der Pflegeversi-

cherung obliegt, nicht zu überfordern, sollen daher die ambulanten Leistungen erst vom 1. April 1994 an gewährt werden. Das Inkrafttreten der Vorschriften in den aufgeführten Artikeln ebenfalls zum 1. April 1994 ist eine notwendige Folgeänderung. Dagegen verbleibt es für das Organisations- und Beitragsrecht bei dem vorgesehenen Termin vom 1. Januar 1994; hierdurch erübrigen sich auch besondere Regelungen über eine Anschubfinanzierung.

Zu den Absätzen 3 und 4

Redaktionelle Änderung.

Bonn, den 21. Oktober 1993

Julius Louven
Berichterstatter

Gerd Andres

Dr. Eva Pohl

Berichterstatterin

