

Gesetzentwurf

der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.

Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (Erstes SGB XI-Änderungsgesetz – 1. SGB XI-ÄndG)

A. Problem

Sicherstellung, daß die mit der Umsetzung der 2. Stufe der Pflegeversicherung verbundenen Aufgaben möglichst reibungslos bewältigt werden können; weitere Verbesserung auch von Regelungen zu den ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung auf der Grundlage inzwischen gesammelter Erfahrungen und Klarstellungen von Regelungsinhalten einzelner Vorschriften zur Pflegeversicherung mit dem Ziel, die Pflegeversicherung vor finanziellen Mehrbelastungen zu schützen, die mit dem engen, gesetzlich vorgegebenen Finanzrahmen der Pflegeversicherung unvereinbar sind.

B. Lösung

Änderung einzelner Vorschriften des SGB XI und weiterer Gesetze. Die Änderungen beziehen sich insbesondere auf folgende Bereiche:

- Leistungen bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt und vorübergehender vollstationärer Krankenhausbehandlung,
- häusliche Pflege außerhalb des Haushalts des Pflegebedürftigen,
- medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung in Pflegeheimen,
- Durchführung der Härtefallregelung im ambulanten und stationären Bereich,
- Verfahren zur Sicherstellung einer kassenbezogenen Anwendung des gesetzlich vorgegebenen Durchschnittsbetrages von 2 500 DM monatlich in der stationären Versorgung,
- Begriff der Pflegefachkraft,
- Abgrenzung von Pflegeeinrichtungen und Behinderteneinrichtungen.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Die Übernahme der Kosten der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung führt zu Mehraufwendungen für die Pflegeversicherung, die jedoch durch Einbeziehung in die bestehenden Höchstbetragsregelungen des SGB XI aufgefangen werden. Die Änderungen führen zu keiner finanziellen Mehrbelastung für die gesetzliche Krankenversicherung sowie für Bund, Länder und Gemeinden.

Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (Erstes SGB XI-Änderungsgesetz – 1. SGB XI-ÄndG)

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

Artikel 1

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 2797), zuletzt geändert durch . . . , wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach „§ 106 Abweichende Vereinbarungen“ „§ 106a Mitteilungspflichten“ eingefügt.
2. § 4 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Bei teil- und vollstationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen von Aufwendungen entlastet, die für ihre Versorgung nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind (pflegebedingte Aufwendungen), die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst.“
3. § 10 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wird ein Ausschuß für Fragen der Pflegeversicherung gebildet, dem die beteiligten Bundesressorts, die zuständigen obersten Landesbehörden, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege angehören. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung kann darüber hinaus Bundesverbände der Behinderten, der privaten ambulanten Dienste und der privaten Alten- und Pflegeheime in den Ausschuß berufen.“
4. In § 13 Abs. 3 wird Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:

„Leistungen zur Pflege nach diesen Gesetzen sind zu gewähren, wenn und soweit Leistungen der Pflegeversicherung nicht erbracht werden oder diese Gesetze dem Grunde oder der Höhe nach weitergehende Leistungen als die Pflegeversicherung vorsehen. Die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig; sie umfassen in teil- und vollstationären Einrichtungen der Behinder-

tenhilfe auch die in der Einrichtung erbrachten Pflegeleistungen im Sinne des § 14.“

5. In § 15 Abs. 3 wird das Wort „Pflegeaufwand“ durch die Wörter „Aufwand für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Sinne des § 14“ ersetzt.
6. In § 16 werden das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „§ 15“ die Wörter „sowie zur Anwendung der Härtefallregelung des § 36 Abs. 4 und des § 43 Abs. 3“ eingefügt.
7. § 17 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 wird die Angabe „§ 43 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 43 Abs. 3“ ersetzt.
 - b) Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Werden die Beanstandungen nicht innerhalb der gesetzten Frist behoben, erläßt das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung die Richtlinien. Sie sind im Bundesanzeiger bekannt zu geben.“
8. In § 19 werden die Wörter „wenigstens 14 Stunden wöchentlich“ gestrichen und folgender Satz angefügt:

„Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegt.“
9. Dem § 23 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die beihilfekonforme Versicherung ist so auszugestalten, daß ihre Vertragsleistungen zusammen mit den Beihilfeleistungen, die sich bei Anwendung der in § 14 Abs. 1 der Beihilfavorschriften des Bundes festgelegten Bemessungssätze ergeben, den in Absatz 1 Satz 2 vorgeschriebenen Versicherungsschutz gewährleisten.“
10. In § 30 werden nach dem Wort „Leistungen“ die Wörter „sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen und den Höchstbetrag nach § 87 Satz 2“ eingefügt.
11. § 34 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 Nr. 1 wird wie folgt gefaßt:
 - „1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung er-

bringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,“.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme“ durch die Wörter „des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt“ ersetzt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme weiter zu zahlen.“

12. § 36 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird Satz 1 durch folgende Sätze ersetzt:

„Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Leistungen der häuslichen Pflege sind auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie sind nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 gepflegt werden.“

b) In Absatz 4 wird Satz 2 wie folgt gefaßt:

„Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf bei der einzelnen Pflegekasse für nicht mehr als drei vom Hundert der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwendung finden.“

13. § 37 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „durch eine Pflegeperson“ gestrichen.

b) In Absatz 3 wird Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:

„Die Pflegeeinsätze dienen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der häuslich Pflegenden. Die Vergütung des Pflegeeinsatzes ist von dem Pflegebedürftigen zu tragen. Sie beträgt in den Pflegestufen I und II 30 Deutsche Mark und in der Pflegestufe III 50 Deutsche Mark. Die Pflegedienste haben mit Einverständnis des Pflegebedürftigen der zuständigen Pflegekasse die bei dem Pflegeeinsatz gewonnenen Erkenntnisse zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung mitzuteilen. Die Spitzenverbände der Pflegekassen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. Ruft der Pflegebedürftige den Pflegeeinsatz nicht ab oder wird das Einverständnis nach Satz 4 nicht erteilt, hat die Pflegekasse

das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.“

14. In § 38 Satz 1 wird die Angabe „§ 36 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 36 Abs. 3 und 4“ ersetzt.

15. § 39 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „für eine Ersatzpflegekraft“ durch die Wörter „einer notwendigen Ersatzpflege“ sowie der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„§ 34 Abs. 2 Satz 1 gilt nicht.“

b) Nach Satz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Wird die Ersatzpflege durch eine Pflegeperson sichergestellt, die nicht erwerbsmäßig pflegt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nach § 37 Abs. 1 nicht überschreiten. Zusätzlich können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach Satz 4 und 5 dürfen zusammen den in Satz 3 genannten Betrag nicht übersteigen.“

16. In § 41 Abs. 2 wird nach den Wörtern „übernimmt die“ das Wort „pflegebedingten“ eingefügt.

17. In § 42 Abs. 2 wird Satz 3 wie folgt gefaßt:

„Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung bis zu 2 800 Deutsche Mark im Kalenderjahr.“

18. § 43 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung bis zu 2 800 Deutsche Mark monatlich; dabei dürfen die jährlichen Ausgaben der einzelnen Pflegekasse für die bei ihr versicherten stationär Pflegebedürftigen im Durchschnitt 30 000 Deutsche Mark je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Die Pflegekasse hat jeweils zum 1. Januar und 1. Juli zu überprüfen, ob dieser Durchschnittsbetrag eingehalten ist.“

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz eingefügt:

„(3) Die Pflegekassen können bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III über die Beträge nach Absatz 2 Satz 1 hinaus in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung bis zu 3 300 Deutsche Mark monatlich übernehmen, wenn ein außergewöhnlich ho-

- her und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise bei Apallikern, schwerer Demenz oder im Endstadium von Krebserkrankungen. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf bei der einzelnen Pflegekasse für nicht mehr als fünf vom Hundert der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationäre Pflegeleistungen erhalten, Anwendung finden.“
- c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.
19. § 44 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „entrichtet die soziale Pflegeversicherung oder das private Versicherungsunternehmen, bei dem eine private Pflege-Pflichtversicherung abgeschlossen worden ist,“ durch die Wörter „entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 170 Abs. 1 Nr. 6 des Sechsten Buches genannten Stellen“ ersetzt.
- bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
- „Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung stellt im Einzelfall fest, ob und in welchem zeitlichen Umfang häusliche Pflege durch Pflegepersonen erforderlich ist und tatsächlich geleistet wird; dies gilt insbesondere, wenn Pflegesachleistungen (§ 36) in Anspruch genommen werden.“
- b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:
- „(2) Für Pflegepersonen, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung auch in ihrer Pflegetätigkeit von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind oder befreit wären, wenn sie in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig wären und einen Befreiungsantrag gestellt hätten, werden die nach Absatz 1 Satz 1 und 2 zu entrichtenden Beiträge auf Antrag an die berufsständische Versorgungseinrichtung gezahlt.“
- c) Die bisherigen Absätze 2 und 3 werden die Absätze 3 und 4.
20. § 57 Abs. 3 Satz 4 wird wie folgt gefaßt:
- „Er gilt für das folgende Kalenderjahr.“
21. § 61 Abs. 8 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:
- „Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben und bei einem privaten Versicherungsunternehmen pflegeversichert sind, sowie Personen, für die der halbe Beitragssatz nach § 55 Abs. 1 Satz 2 gilt, haben gegenüber dem Arbeitgeber oder Dienstherrn, der die Beihilfe und Heilfürsorge zu Aufwendungen aus Anlaß der Pflege gewährt, keinen Anspruch auf einen Beitragszuschuß.“
22. Dem § 71 werden folgende Absätze angefügt:
- „(3) Für die Anerkennung als Pflegefachkraft im Sinne von Absatz 1 und 2 ist neben dem Abschluß einer Ausbildung als Krankenschwester oder Krankenpfleger, als Kinderkrankenschwester oder Kinderkrankenpfleger nach dem Krankenpflegegesetz oder als Altenpflegerin oder Altenpfleger nach Landesrecht eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten zehn Jahre erforderlich.
- (4) Einrichtungen, in denen die medizinische Vorsorge oder Rehabilitation, die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Kranker oder Behinderter im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser sind keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2.“
23. § 72 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 43 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 4 Abs. 2“ ersetzt.
- b) In Absatz 4 Satz 2 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
- „dazu gehört bei ambulanten Pflegediensten auch die Durchführung von Pflegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3 auf Anforderung des Pflegebedürftigen.“
- c) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz angefügt:
- „(5) Zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die Pflegekasse dem Pflegebedürftigen spätestens mit dem Bescheid über die Bewilligung seines Antrags auf Gewährung häuslicher, teil- oder vollstationärer Pflege eine Preisvergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln, in deren Einzugsbereich er wohnt. Zugleich ist dem Pflegebedürftigen eine Beratung darüber anzubieten, welche Pflegeleistungen für ihn in seiner persönlichen Situation in Betracht kommen.“
24. In § 73 Abs. 3 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:
- „Satz 1 gilt auch dann nicht, wenn die Pflegeeinrichtung die Anforderungen nach § 72 Abs. 3 Satz 1 offensichtlich nicht erfüllt.“
25. § 77 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- a) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:
- „Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung kann die zuständige Pflegekasse einen Vertrag mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, soweit und solange eine Versorgung nicht durch einen zugelassenen Pflegedienst gewährlei-

stet werden kann; Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig.“

b) Nach Satz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„In dem Vertrag ist weiter zu regeln, daß die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen.“

26. § 82 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

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

1. eine leistungsgerechte Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen (Pflegevergütung) sowie
2. bei stationärer Pflege angemessene Entgelte für
 - a) medizinische Behandlungspflege,
 - b) soziale Betreuung und
 - c) Unterkunft und Verpflegung.

Die Pflegevergütung und bei stationärer Pflege das Entgelt für medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung sind von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen. Für Unterkunft und Verpflegung bei teil- oder vollstationärer Pflege hat der Pflegebedürftige selbst aufzukommen.“

27. In § 84 Abs. 1 werden nach dem Wort „Pflegeheimes“ die Wörter „sowie für medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung“ eingefügt.

28. § 85 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) sind der Träger des einzelnen zugelassenen Pflegeheimes sowie

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger oder von ihnen allein oder gemeinsam gebildete Arbeitsgemeinschaften sowie
2. der für den Sitz des Pflegeheimes zuständige (örtliche oder überörtliche) Träger der Sozialhilfe,

soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen jeweils mehr als fünf vom Hundert der Berechnungstage des Pflegeheimes entfallen. Die Pflegesatzvereinbarung ist für jedes zugelassene Pflegeheim gesondert abzuschließen; § 86 Abs. 2 bleibt unberührt. Die Vereinigungen der Pflegeheime im Land, die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im

Land können sich am Pflegesatzverfahren beteiligen.“

29. § 86 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Für Pflegeheime, die in derselben kreisfreien Gemeinde oder in demselben Landkreis liegen, kann die Pflegesatzkommission mit Zustimmung der betroffenen Pflegeheimträger für die gleichen Leistungen einheitliche Pflegesätze vereinbaren. Die beteiligten Pflegeheime sind befugt, ihre Leistungen unterhalb der nach Satz 1 vereinbarten Pflegesätze anzubieten.“

30. § 89 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

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

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger oder von ihnen allein oder gemeinsam gebildete Arbeitsgemeinschaften sowie
2. der für den Sitz des Pflegedienstes zuständige (örtliche oder überörtliche) Träger der Sozialhilfe,

soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Vergütungsverhandlungen jeweils mehr als fünf vom Hundert der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen. Die Vergütungsvereinbarung ist für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen.“

b) In Absatz 3 wird Satz 1 durch folgende Sätze ersetzt:

„Die Vergütungen können nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; dabei ist ein von den Spitzenverbänden der Pflegekassen empfohlenes Vergütungssystem anzuwenden. Sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden.“

31. Nach § 106 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 106 a

Mitteilungspflichten

Die Leistungserbringer sind berechtigt und verpflichtet, bei Pflegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3 mit Einverständnis des Versicherten die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen erforderlichen Angaben zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung den Pflegekassen zu übermitteln.“

32. In § 112 Abs. 3 werden das Komma und die Wörter „für die Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 Nr. 1 und 6 ist die Pflegekasse des Wohnortes des Versicherungspflichtigen“ gestrichen.

Artikel 2**Änderung des Pflege-Versicherungsgesetzes**

Das Pflege-Versicherungsgesetz vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 2797), zuletzt geändert durch . . . , wird wie folgt geändert:

1. In Artikel 49 werden die Wörter „sowie die am 30. Juni 1996 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen geltenden Vergütungsregelungen“ gestrichen und die Wörter „diese Zeitpunkte“ durch die Wörter „diesen Zeitpunkt“ ersetzt.
2. Nach Artikel 49 wird folgender Artikel eingefügt:

„Artikel 49 a

Übergangsregelung für die Vergütung vollstationärer Pflegeeinrichtungen

§ 1

Grundsätze

(1) Die am 30. Juni 1996 geltenden Vergütungsregelungen zwischen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern und Pflegeheimen, die nach den §§ 72 und 73 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zur vollstationären Pflege zugelassen sind, werden mit den darin enthaltenen Heimentgelten zum 1. Juli 1996 nach Maßgabe der nachfolgenden Vorschriften durch folgende Teilentgelte abgelöst:

1. durch in drei Pflegeklassen abgestufte Pflegesätze für pflegebedürftige Heimbewohner im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Pflegeklassen I bis III), die im Rahmen der leistungsrechtlichen Grenzen des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch von den Pflegekassen zu zahlen sind, sowie zusätzlich
2. durch einen einheitlichen Heimkostensatz, mit dem die durch die Pflegesätze nicht abgegoltenen Kostenbestandteile im Heimentgelt gleichmäßig auf alle Heimbewohner verteilt werden.

Bei nicht pflegebedürftigen Heimbewohnern tritt an Stelle der Pflegesätze der allgemeine Vergütungssatz nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c.

(2) Für Pflegeheime, mit denen keine Vergütungsregelung nach Absatz 1 besteht, gelten die nach dem Achten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung mit Wirkung vom 1. Juli 1996. Das gleiche gilt für Pflegeheime, die bereits vor dem 1. Juli 1996 eine Vergütungsvereinbarung nach dem Achten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch abgeschlossen haben.

§ 2

Grundlage für die Ermittlung der Teilentgelte

(1) Grundlage für die Ermittlung der von den Pflegekassen ab 1. Juli 1996 zu tragenden Pflegesätze ist der Gesamtbetrag der Anteile aus dem Heimentgelt, die dem Pflegeheim für den 1. Juni 1996 zustehen (Stichtagsbetrag). Hierbei sind nicht zu berücksichtigen:

1. Heimentgelte für Heimbewohner, über deren Antrag auf vollstationäre Pflegeleistungen

nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch von ihrer Pflegekasse oder ihrem privaten Pflegeversicherungsunternehmen noch nicht entschieden ist,

2. gesonderte Pflegesatzzuschläge für eine besondere Unterkunft sowie für Zusatzleistungen nach § 88 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Sofern die Zahl der Heimbewohner, über deren Antrag bereits entschieden ist, zusammen mit der Zahl der Heimbewohner, die keinen Antrag gestellt haben, am 1. Juni 1996 nicht wenigstens 75 vom Hundert aller Heimbewohner beträgt, gilt als Stichtag der Tag, an dem dieser Vomhundertsatz erreicht ist.

(2) Aus dem Stichtagsbetrag sind die darin enthaltenen Anteile für Investitionsaufwendungen und ihnen gleichstehende Aufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch herauszurechnen. Von dem so bereinigten Stichtagsbetrag sind als Grundlage für die Ermittlung der von den Pflegekassen ab 1. Juli 1996 zu zahlenden Pflegesätze 60 vom Hundert anzusetzen (pflugesatzwirksamer Betrag).

(3) Zur Ermittlung des einheitlichen Heimkostensatzes nach § 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 wird der um den pflugesatzwirksamen Betrag geminderte Stichtagsbetrag durch die Zahl der nach Absatz 1 Satz 3 maßgeblichen Heimbewohner geteilt.

§ 3

Umrechnung des pflugesatzwirksamen Betrages in Pflegeklassen

(1) Der pflugesatzwirksame Betrag ist in nach Pflegeklassen abgestufte Pflegesätze im Sinne des § 84 Abs. 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie in eine allgemeine Vergütungskategorie umzurechnen. Dabei sind zuzuordnen:

1. den Pflegeklassen I bis III die pflegebedürftigen Heimbewohner in den Pflegestufen I bis III im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch, und zwar unabhängig davon, ob die Entscheidung der Pflegekasse über die Einstufung bestandskräftig ist oder nicht,
2. der allgemeinen Vergütungskategorie die Heimbewohner, die keinen Antrag auf vollstationäre Pflegeleistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch gestellt haben oder deren Antrag abgelehnt worden ist.

(2) Die Umrechnung wird wie folgt durchgeführt:

1. Der Pflegesatz in der Pflegeklasse I für die Heimbewohner in der Pflegestufe I wird dadurch ermittelt, daß der pflugesatzwirksame Betrag durch die Zahl geteilt wird, die sich aus der Addition der Zahl der Heimbewohner in der Pflegestufe I, der mit 1,4 vervielfältigten Zahl der Heimbewohner in der Pflegestufe II, der mit 2,1 vervielfältigten Zahl der Heimbewohner in der Pflegestufe III und der mit 0,7 vervielfältigten Zahl der Heimbewohner der allgemeinen Vergütungskategorie ergibt.

2. Der Pflegesatz beträgt:

- a) in der Pflegeklasse II für die Heimbewohner in der Pflegestufe II das 1,4fache,
- b) in der Pflegeklasse III für die Heimbewohner der Pflegestufe III das 2,1fache und
- c) in der allgemeinen Vergütungsklasse für Heimbewohner nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 das 0,7fache

des Pflegesatzes der Pflegestufe I.

§ 4

Ermittlung und Zahlung
des neuen Heimentgeltes

(1) Das ab 1. Juli 1996 von dem einzelnen Heimbewohner oder seinen Kostenträgern zu zahlende Heimentgelt ergibt sich aus der Addition des Pflege- oder Vergütungssatzes in der für ihn nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 maßgeblichen Pflege- oder Vergütungsklasse und des nach § 2 Abs. 3 ermittelten einheitlichen Heimkostensatzes zuzüglich der gesonderten Zuschläge nach § 2 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2.

(2) Heimbewohner, über deren Antrag auf Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch am 30. Juni 1996 noch nicht entschieden worden ist, oder deren Kostenträger zahlen das bisherige Heimentgelt vorläufig weiter. Das gleiche gilt für Heimbewohner in Pflegeheimen, deren Stichtag gemäß § 2 Abs. 1 auf ein Datum nach dem 30. Juni 1996 fällt. Nach Wirksamwerden der neuen Pflegesätze und Heimkostensätze im Sinne des § 1 Abs. 1 sind die Differenzbeträge zugunsten oder zu Lasten des Pflegebedürftigen rückwirkend ab 1. Juli 1996, bei späterer Aufnahme in das Pflegeheim ab Beginn seines Leistungsanspruchs zu verrechnen.

(3) Heimbewohner, die keinen Antrag auf vollstationäre Pflegeleistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gestellt haben oder deren Antrag abgelehnt worden ist, oder deren Kostenträger zahlen ab 1. Juli 1996 den allgemeinen Vergütungssatz und den einheitlichen Heimkostensatz; Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.

§ 5

Pflichten der Beteiligten

(1) Der Träger des Pflegeheims teilt den nach § 85 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch als Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) beteiligten Kostenträgern bis spätestens zum 10. Juni 1996, bei späterem Stichtag spätestens zehn Tage nach diesem Tag, die von ihm nach § 3 Abs. 2 ermittelten Pflegesätze in den Pflegeklassen I bis III und in der allgemeinen Vergütungsklasse, sowie die nach § 2 Abs. 3 ermittelten einheitlichen Heimkostensätze, zusammen mit folgenden Angaben mit, die durch geeignete Unterlagen zu belegen sind:

1. die bisher zu entrichtenden Heimentgelte mit gesondertem Ausweis von Zuschlägen im Sinne von § 2 Abs. 1 Nr. 2,

2. die Aufteilung der nach § 2 Abs. 1 maßgeblichen Heimbewohnerzahl entsprechend ihrer bisherigen Einstufung,

3. den Stichtagsbetrag (§ 2 Abs. 1),

4. die Höhe der in dem Stichtagsbetrag enthaltenen Anteile für Investitionsaufwendungen und diesen gleichstehende Aufwendungen (§ 2 Abs. 2 Satz 1),

5. den pflegesatzwirksamen Betrag (§ 2 Abs. 2 Satz 2),

6. die Gesamtzahl der Heimbewohner am Stichtag (§ 2 Abs. 1) sowie ihre Aufteilung in

- a) Heimbewohner, die keinen Antrag auf Pflegeleistungen nach dem § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gestellt haben,

- b) Heimbewohner, die einen Antrag gestellt haben, aber am Stichtag noch nicht begutachtet worden sind,

- c) Heimbewohner, deren Antrag abgelehnt worden ist,

- d) Heimbewohner, die in die Pflegestufe I eingestuft worden sind,

- e) Heimbewohner, die in die Pflegestufe II eingestuft worden sind,

- f) Heimbewohner, die in die Pflegestufe III eingestuft worden sind.

Es genügt die Mitteilung an eine als Vertragspartei beteiligte Pflegekasse; diese stellt die unverzügliche Weiterleitung der Mitteilung an die übrigen als Vertragsparteien beteiligten Kostenträger sowie an die Landesverbände der Pflegekassen sicher.

(2) Über Beanstandungen der von dem Träger des Pflegeheims übermittelten Vergütungen befinden die als Vertragsparteien des Pflegeheims betroffenen Kostenträger mit Mehrheit.

§ 6

Sicherstellung des leistungsrechtlichen
Durchschnittsbetrages

(1) Um zu gewährleisten, daß die Ausgaben der Pflegekassen für vollstationäre Pflege den in § 43 Abs. 2 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch im Jahresdurchschnitt vorgesehenen Betrag von 30 000 DM je Pflegebedürftigen nicht übersteigen, dürfen die von den Pflegekassen zu zahlenden Anteile am Pflegesatz bis zum 30. September 1996 folgende Höchstbeträge nicht überschreiten:

1. in der Pflegeklasse I 1 400 Deutsche Mark,
2. in der Pflegeklasse II 2 100 Deutsche Mark,
3. in der Pflegeklasse III 2 800 Deutsche Mark.

(2) Ab 1. Oktober 1996 gelten die Pflegesatzbegrenzungen nach § 43 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und das dort vorgesehene Verfahren zur Sicherstellung der Einhaltung des jährlichen Durchschnittsbetrages von 30 000 Deut-

sche Mark. Die in diesem Verfahren vorgesehene Prüfung ist erstmals zum 1. Oktober 1996 durchzuführen.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von diesem Artikel auch für die vor dem 1. Oktober 1996 nach dem Achten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch abgeschlossenen Vergütungsvereinbarungen.

§ 7

Außerkräfttreten der Übergangsregelung

Die nach den vorstehenden Vorschriften ermittelten Teilentgelte treten mit Inkrafttreten der nach dem Achten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung, spätestens jedoch am 30. Juni 1997 außer Kraft.“

Artikel 3

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 282 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch . . . , wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die wirksame Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung durch eine Arbeitsgemeinschaft Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen zu fördern. Sie beschließen gemeinsam und einheitlich Richtlinien

1. über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten,
2. zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung,
3. über die von den Medizinischen Diensten zu übermittelnden Berichte und Statistiken,
4. zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung sowie über das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen,
5. über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung,
6. zu anderen Bereichen, soweit dies zur Herstellung einer bundesweit einheitlichen Aufgabenerledigung erforderlich ist.

Die Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste verbindlich. Im übrigen können die Spitzenverbände Empfehlungen abgeben.

(2) Soweit die Spitzenverbände der Krankenkassen die Aufgaben der Spitzenverbände der Pflegekassen wahrnehmen (§ 53 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch), gilt Absatz 1 entsprechend. Die Richtlinien und die Empfehlungen werden, soweit sie Angelegenheiten der sozialen Pflegeversicherung betreffen, erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung sie genehmigen. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien und Empfehlun-

gen nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen der Ministerien sind innerhalb der von ihnen gesetzten Frist zu beheben. Werden die Beanstandungen nicht innerhalb der gesetzten Frist behoben, erlassen das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung die Richtlinien. Sie sind im Bundesanzeiger bekanntzugeben. Die Richtlinien sind für die Medizinischen Dienste und die Pflegekassen verbindlich.“

Artikel 4

Änderung des Bundessozialhilfegesetzes

Das Bundessozialhilfegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. März 1994 (BGBl. I S. 646), zuletzt geändert durch . . . , wird wie folgt geändert:

1. § 68 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Die Bestimmungen über die Hilfe zur Pflege sind auch auf Kranke und Behinderte anzuwenden, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen, einen geringeren Hilfebedarf als nach Satz 1 haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als nach Absatz 4 bedürfen. Für die Hilfe in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung oder in einer Einrichtung zur teilstationären Betreuung gilt dies nur, wenn es nach den Besonderheiten des Einzelfalles geboten ist.“

2. In § 69c Abs. 4 werden das Wort „entsprechende“ durch das Wort „zweckentsprechende“ ersetzt und folgender Satz angefügt:

„Stellt der Pflegebedürftige seine Pflege durch von ihm beschäftigte besondere Pflegekräfte sicher, kann er nicht auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch verwiesen werden; in diesem Fall ist ein nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch geleistetes Pflegegeld vorrangig auf die Leistung nach § 69b Abs. 1 anzurechnen.“

Artikel 5

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

§ 51 Abs. 2 Satz 2 des Sozialgerichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), zuletzt geändert durch . . . , wird wie folgt gefaßt:

„Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit entscheiden auch über Streitigkeiten in Angelegenheiten nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch; in Angelegenheiten der privaten Pflegeversicherung jedoch nur über Streitigkeiten nach § 44 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.“

Artikel 6

Übergangsregelung zur Bußgeldvorschrift

Pflegekassen, die auf Grund der bisherigen Zuständigkeitsregelung nach § 112 Abs. 3 in Verbindung mit § 112 Abs. 1 Nr. 1 und 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ein Bußgeldverfahren eingeleitet haben, bleiben für das weitere Verfahren bis zum Erlaß des Bußgeldbescheides zuständig.

Artikel 7

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft, soweit in Absatz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Artikel 1 Nr. 19 und 24 tritt mit Wirkung vom 1. April 1995 in Kraft.

Bonn, den 6. Februar 1996

Dr. Wolfgang Schäuble, Michael Glos und Fraktion

Dr. Hermann Otto Solms und Fraktion

Begründung**A. Allgemeiner Teil**

Mit der Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 und dem Beginn der Leistungen zur häuslichen Pflege am 1. April 1995 ist es gelungen, eine Basisvorsorge für den Pflegefall zu schaffen, in die nahezu die gesamte Bevölkerung einbezogen ist. Für rd. 81 Millionen Bundesbürger ist ein völlig neuer Sozialversicherungszweig aufgebaut worden. Die hiermit – insbesondere mit dem Beginn der ambulanten Leistungen – verbundenen großen und vielfältigen Aufgaben und Probleme für eine Vielzahl von Beteiligten konnten im wesentlichen gut bewältigt werden.

Dies gilt es nunmehr, auch für die Verwirklichung der nächsten wichtigen Phase der Pflegeversicherung sicherzustellen. Der Gesetzentwurf enthält deshalb Regelungen, die flankierend zum Gesetzentwurf der Bundesregierung, der ausschließlich das Inkrafttreten der stationären Leistungen der Pflegeversicherung am 1. Juli 1996 zum Gegenstand hat (BR-Drucksache 884/95), erforderlich sind. Er enthält ferner Regelungen, die auf der Grundlage der inzwischen gesammelten Erfahrungen eine Verbesserung der verwaltungsmäßigen Umsetzbarkeit sicherstellen und notwendige Klarstellungen des gesetzgeberischen Willens, die insbesondere das Ziel haben, die Pflegeversicherung vor finanziellen Mehrbelastungen zu schützen, die mit dem engen, gesetzlich vorgegebenen Finanzrahmen der Pflegeversicherung unvereinbar sind.

Die Regelungen beziehen sich insbesondere auf folgende Bereiche:

- Leistungen bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt und vorübergehender vollstationärer Krankenhausbehandlung,
- häusliche Pflege außerhalb des Haushalts des Pflegebedürftigen,
- medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung in Pflegeheimen,
- Durchführung der Härtefallregelung im ambulanten und stationären Bereich,
- Verfahren zur Sicherstellung einer kassenbezogenen Anwendung des gesetzlich vorgegebenen Durchschnittsbetrages von 2 500 DM monatlich in der stationären Versorgung,
- Abgrenzung von Pflegeeinrichtungen und Behinderteneinrichtungen,
- Begriff der Pflegefachkraft,
- Förderung des Wettbewerbs unter den Pflegeeinrichtungen sowie eine verbesserte Transparenz des Leistungsangebots für Pflegebedürftige,
- Übergangsregelung für die bei Inkrafttreten der zweiten Stufe zu zahlenden Heimentgelte.

Ergänzend zu den Änderungen im SGB XI werden im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) die

Grundlagen für eine bundesweite Koordinierung der Tätigkeiten der Medizinischen Dienste verstärkt.

Darüber hinaus wird das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) geändert, um die Fortführung des sog. Arbeitgebermodells für Schwerstbehinderte, bei dem der Behinderte seine Pflege und Betreuung selbst durch mehrere Pflegekräfte organisiert, sicherzustellen. Zudem wird sichergestellt, daß Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem BSHG auch in Fällen der sog. Pflegestufe 0 bei stationärer Pflege erbracht werden.

B. Besonderer Teil**Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)****Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)**

Die Änderung ist eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 2 (§ 4)

Die Änderung enthält eine redaktionelle Folgeänderung im Hinblick auf die Änderungen in den §§ 41 und 43.

Zu Nummer 3 (§ 10)

Redaktionelle Klarstellung, daß nicht jeder Bundesverband einen Anspruch auf Teilnahme an den Sitzungen des Bundes-Pflegeausschusses hat. Die bisherige Fassung des § 10 Abs. 1 wurde von einigen Verbänden entgegen dem Sinn und Zweck der Regelung dahin gehend ausgelegt, daß das Bundesministerium für Arbeit und Soziales kein Auswahlermessen bezüglich der Berufung von Bundesverbänden der Behinderten, der Verbände der privaten ambulanten Dienste sowie der Bundesverbände der privaten Alten- und Pflegeheime habe. Zur Vermeidung unnötiger gerichtlicher Verfahren und um die Arbeits- und Beschlußfähigkeit des Gremiums, dem bereits 52 Institutionen und Verbände angehören, zu gewährleisten, soll der Absatz 1 neu gefaßt werden.

Zu Nummer 4 (§ 13)

Folgeänderung im Hinblick auf die in § 71 Abs. 4 geregelte Abgrenzung zwischen den teil- oder vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflegeeinrichtungen.

Zu Nummer 5 (§ 15)

Klarstellung, daß bei der Berechnung des Mindestzeitaufwandes Zeiten für Krankenpflege unberücksichtigt bleiben und allein auf den zeitlichen Aufwand für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Sinne des § 14 abzustellen ist.

Zu Nummer 6 (§ 16)

Die Pflegekassen haben nach § 36 Abs. 4 und § 43 Abs. 3 sicherzustellen, daß die zur Vermeidung von Härten getroffenen Ausnahmeregelungen bei nicht mehr als drei bzw. fünf vom Hundert der Pflegebedürftigen der Pflegestufe III Anwendung finden. Die erweiterte Verordnungsermächtigung eröffnet die Möglichkeit, auch hinsichtlich der Härtefallregelungen Entwicklungen in der Praxis zu korrigieren und ggf. durch weitere Konkretisierungen steuernd einzugreifen.

Zu Nummer 7 (§ 17)

Zu Buchstabe a

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe b

Die Einräumung des Rechts des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, die Richtlinien selbst zu erlassen, falls in der gesetzten Frist die Beanstandungen nicht behoben sind, ist eine konsequente Weiterentwicklung der Regelung, daß die Spitzenverbände zur Behebung der Beanstandungen verpflichtet sind. Auf diese Weise wird gewährleistet, daß Rechtsunsicherheiten bei der gebotenen einheitlichen Rechtsanwendung in einem kurzen Zeitraum beseitigt werden können.

Zu Nummer 8 (§ 19)

Die Regelung dient der begrifflichen Klarstellung.

Zu Nummer 9 (§ 23)

Die Regelung dient der Klarstellung, daß bei der Bemessung der Vertragsleistungen, die in dem Teilkostentarif zugesagt werden, bundeseinheitlich die in § 14 Abs. 1 der Beihilfavorschriften des Bundes festgelegten Beihilfebemessungssätze zu berücksichtigen sind. Abweichende Bemessungssätze in Beihilfavorschriften einzelner Bundesländer sind insoweit unbeachtlich, sie führen nicht zu einer höheren Vertragsleistung der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

Zu Nummer 10 (§ 30)

Mit dieser Änderung wird eine Dynamisierung des Betrages sichergestellt, den die ambulanten Pflegeeinrichtungen als Vergütung für die Pflege-Pflichteinsätze nach § 37 Abs. 3 beanspruchen können. Außerdem ist eine Dynamisierung des Höchstbetrages vorgesehen, den die Pflegesatzparteien als Teilentgelt für die soziale Betreuung in Pflegeeinrichtungen vereinbaren können.

Zu Nummer 11 (§ 34)

Zu Buchstabe a

Die Änderung stellt klar, daß Pflegebedürftige auch weiterhin Auslandsreisen von üblicher Dauer bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr durchführen können, ohne daß dies zum Wegfall des Pflegegeldes führt.

Damit wird die Regelung, die die Pflegekassen in der Praxis bereits durchgeführt haben, ausdrücklich ins Gesetz aufgenommen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung ist eine Folgeänderung zu § 71 Abs. 4. Durch die Regelung wird das Ruhen der Leistungen der Pflegeversicherung nur für die Zeiträume angeordnet, in denen sich Pflegebedürftige in einer der genannten stationären Einrichtungen tatsächlich aufhalten. Die Regelung schließt damit nicht aus, daß Pflegebedürftige, die eine der in § 71 Abs. 4 aufgeführten Einrichtungen täglich von zu Hause aus besuchen, für ihre Pflege zu Hause volle Leistungen der Pflegeversicherung erhalten können. Dies gilt auch für die Fälle, in denen z. B. pflegebedürftige Behinderte, die regelmäßig nur an Werktagen internatsmäßig untergebracht sind, sich am Wochenende und/oder in den Ferien zu Hause aufhalten und in dieser Zeit Pflegeleistungen benötigen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit Rücksicht darauf, daß in vielen Fällen, insbesondere bei behinderten Kindern oder bei altersverwirrten Menschen, die Pflegebereitschaft der häuslich Pflegenden auch bei Krankenhaus- oder stationärem Rehabilitationsaufenthalt fortbesteht, soll das Pflegegeld bei stationären Behandlungsmaßnahmen bis zur Dauer von vier Wochen weitergezahlt werden. Damit wird für die von den Pflegekassen bereits praktizierte Regelung im Gesetzestext eine eindeutige Rechtsgrundlage geschaffen.

Zu Nummer 12 (§ 36)

Zu Buchstabe a

Mit dieser Änderung wird klargestellt, daß Leistungen bei häuslicher Pflege auch dann möglich sind, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden. Diese Leistungen sind nur dann ausgeschlossen, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder einer der in § 71 Abs. 4 aufgeführten stationären Einrichtungen leben und dort gepflegt werden. Zur Vermeidung von Mißbrauch haben die Pflegekassen vor der Gewährung von Leistungen der häuslichen Pflege in Fällen, in denen Pflegebedürftige in einem Heim betreut und gepflegt werden, im Einzelfall zu prüfen, ob es sich bei der Einrichtung um eine stationäre Einrichtung handelt, in der häusliche Pflege zu Lasten der Pflegeversicherung nicht erbracht werden kann.

Die Regelung eröffnet lediglich einen Anspruch gegen die Pflegeversicherung; sie begründet keinen Rechtsanspruch in der Sozialhilfe auf Aufstockung von Leistungen.

Zu Buchstabe b

Mit dieser Regelung wird ein verwaltungsfreundliches Verfahren festgelegt, mit dem sichergestellt werden soll, daß durch die Härtefallregelung bundesweit nicht mehr als drei vom Hundert der

Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III) begünstigt werden.

Zu Nummer 13 (§ 37)

Zu Buchstabe a

Die Streichung dient der Klarstellung. Aus der Verwendung des Begriffs „Pflegerperson“ ist in der Praxis teilweise abgeleitet worden, das Pflegegeld könne nur gewährt werden, wenn die Pflege durch Angehörige, sonstige ehrenamtliche Pflegepersonen oder durch nicht erwerbsmäßige Pflegekräfte erbracht wird, obwohl bereits die Gesetzesbegründung klar zum Ausdruck gebracht hatte, daß die Pflegegeldzahlung auch dann in Betracht kommt, wenn die häusliche Pflege durch erwerbsmäßige Pflegekräfte erbracht wird. Entscheidend ist allein, daß der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellen kann.

Zu Buchstabe b

Die Regelung verdeutlicht zum einen die Zielsetzung der Pflege-Pflichteinsätze und konkretisiert zum anderen die Pflichten der Pflegedienste sowie der Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit diesen Pflegeeinsätzen. Die bisherige Formulierung hat nicht nur im Hinblick auf die Zielsetzung der Pflege-Pflichteinsätze zu Mißverständnissen, sondern auch zu verfahrensmäßigen Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Regelung geführt.

Das Verfahren wird nunmehr wie folgt aussehen: Der Pflegebedürftige, der die Kosten des Pflegeeinsatzes selbst zu tragen hat, erhält zunächst das volle Pflegegeld, daraus hat er den Pflegeeinsatz zu finanzieren. Mit der Durchführung des Pflege-Pflichteinsatzes kann der Pflegebedürftige einen zugelassenen Pflegedienst seiner Wahl beauftragen. Um sicherzustellen, daß Pflegebedürftige nicht mit überhöhten Kosten belastet werden, legt das Gesetz eine Höchstgrenze für die Vergütung fest, die die Pflegeeinrichtung für den Einsatz fordern kann. Die Beträge von 30 DM und 50 DM sind mit Rücksicht auf die Leistungen, die im Rahmen dieses Pflege-Pflichteinsatzes zu erbringen sind, angemessen festgesetzt.

Der Pflegedienst wird verpflichtet, die bei dem Pflegeeinsatz gewonnenen Erkenntnisse an die Pflegekasse des Pflegebedürftigen weiterzugeben. Zur Verfahrenserleichterung haben die Spitzenverbände der Pflegekassen ein einheitliches Meldeformular zu entwickeln und den Pflegediensten, mit denen sie einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben, zur Verfügung zu stellen. Die Mitteilung sollte Hinweise über eine Veränderung des Pflegezustandes oder der Pflegesituation des Pflegebedürftigen enthalten sowie die Einschätzung des Pflegedienstes über mögliche Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation. Die Mitteilung ist nur mit Einverständnis des Pflegebedürftigen zulässig. Weist der Pflegebedürftige nicht nach, daß er den notwendigen Pflegeeinsatz abgerufen hat oder erteilt er dem Pflegedienst nicht den Auftrag zur Mitteilung an die zuständige Pflegekasse, wird das Pflegegeld gekürzt.

Zu Nummer 14 (§ 38)

Mit dieser Änderung wird ein redaktionelles Versehen korrigiert und sichergestellt, daß bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die als Härtefälle anerkannt sind, bei der Bewilligung der Kombinationsleistung von dem Sachleistungshöchstbetrag in Höhe von 3 750 DM monatlich auszugehen ist.

Zu Nummer 15 (§ 39)

Zu Buchstabe a

Mit dieser Änderung soll klargestellt werden, daß der Anspruch nach § 39 nicht beschränkt ist auf die Ersatzpflege im Haushalt des Pflegebedürftigen, es gilt hier vielmehr ein erweiterter Häuslichkeitsbegriff. Außerdem wird klargestellt, daß die Ersatzpflege nicht durch zugelassene professionelle Pflegekräfte erfolgen muß. Wird die Ersatzpflege in einem Heim oder einer vergleichbaren Einrichtung erbracht, dürfen die Pflegekassen nur die pflegebedingten Aufwendungen übernehmen, nicht jedoch Investitionskosten, Kosten für Unterkunft und Verpflegung oder für Zusatzleistungen.

Zu Buchstabe b

Wird die Ersatzpflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen erbracht, handelt es sich um einen Fall der selbst sichergestellten häuslichen Pflege, daher sind die Aufwendungen der Pflegekasse grundsätzlich auf den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe beschränkt. In Ausnahmefällen ist eine Erhöhung des Pflegegeldbetrages auf bis zu 2 800 DM möglich, wenn der Pflegekasse entsprechend höhere notwendige Aufwendungen der Pflegeperson, z. B. Verdienstausschlag oder Fahrkosten, nachgewiesen werden.

Zu Nummer 16 (§ 41)

Die Änderung dient der Klarstellung. Ebenso wie bei dauernder vollstationärer Pflege dürfen auch bei teilstationärer Pflege von der Pflegeversicherung nur die pflegebedingten Aufwendungen übernommen werden, nicht jedoch die Investitionskosten, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, für medizinische Behandlungspflege oder für Zusatzleistungen.

Zu Nummer 17 (§ 42)

Die Änderung dient der Klarstellung, daß bei der Kurzzeitpflege die Investitionskosten, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für Zusatzleistungen ebensowenig von der Pflegeversicherung übernommen werden dürfen, wie dies bei dauernder vollstationärer Pflege der Fall ist.

Benötigen Pflegebedürftige in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege neben den allgemeinen Pflegeleistungen der Grundpflege auch Leistungen der Behandlungspflege, wie beispielsweise Spritzen setzen, Dekubitus-Behandlung, Wundversorgung, Katheterisierung, Verabreichung von Medikamenten usw., werden diese Leistungen üblicherweise von Mitarbeitern der Einrichtung erbracht. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen in diesen Fällen nur die

vom niedergelassenen Vertragsarzt verordneten Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie die von ihm selbst oder seinen Mitarbeitern erbrachten Leistungen. Die Kosten für die Dienstleistung Behandlungspflege werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen. Zur Entlastung der Pflegebedürftigen sollen die Pflegekassen die Kosten dieser Dienstleistungen übernehmen. Zusätzlich haben die Pflegekassen die Kosten der notwendigen sozialen Betreuung in den Einrichtungen der Kurzzeitpflege zu übernehmen.

Zu Nummer 18 (§ 43)

Zu Buchstabe a

Die Neuregelung in Absatz 2 legt fest, daß die Einhaltung der Begrenzung auf den Durchschnittsbetrag von 30 000 DM je stationär Pflegebedürftigen auf der Ebene der einzelnen Kasse sicherzustellen ist.

Die einzelne Pflegekasse hat jeweils am 1. Januar und 1. Juli festzustellen, ob der Durchschnittsbetrag eingehalten oder überschritten ist.

Um Rückabwicklungen zu vermeiden, werden kurzfristige Überschreitungen des Durchschnittsbetrages hingenommen. Ergibt die halbjährlich vorzunehmende Überprüfung der Einhaltung des Durchschnittsbetrages veränderte Beträge, sind den Pflegebedürftigen neue Leistungsbescheide zu erteilen. Die Leistungsbescheide sollen jeweils höchstens für die Dauer von sechs Monaten erteilt werden.

Ebenso wie bei der Kurzzeitpflege übernehmen die Pflegekassen auch bei der dauernden vollstationären Pflege die Kosten der medizinischen Behandlungspflege, die in den Pflegeheimen erbracht und von den gesetzlichen Krankenkassen nicht finanziert werden.

Darüber hinaus übernehmen die Pflegekassen auch die Kosten der notwendigen sozialen Betreuung im Pflegeheim. Das vollstationäre Pflegeheim ist mehr als eine Einrichtung, in dem pflegebedürftige Menschen Grundpflege, Unterkunft und Verpflegung erhalten. Es ist Wohn- und Lebensraum, in dem Menschen, die nicht oder nicht mehr in ihrer Familie oder in ihrer eigenen Wohnung betreut werden können, einen neuen Mittelpunkt ihres Lebens finden. Dazu gehört neben der erforderlichen Wohnqualität auch die Vermittlung einer Lebensqualität, die es den Pflegebedürftigen ermöglicht, trotz ihres Hilfebedarfs ein selbstbestimmtes Leben im Heim zu führen. Hierbei kommt der sozialen Beratung und Betreuung der Pflegebedürftigen im Heim eine zentrale Bedeutung zu. Die dafür erforderlichen Dienste können vom Pflegeheim nur „vorgehalten“ werden, wenn es sich auf eine stetige Finanzierung verlassen kann. Diese wird durch die nunmehr vorgesehene Kostenübernahme durch die Pflegeversicherung sichergestellt.

Durch die Finanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege und der notwendigen sozialen Betreuung durch die Pflegekassen werden die Pflegebedürftigen im Rahmen der leistungsrechtlichen Höchstbeträge entlastet. Im Interesse einer

möglichst weitreichenden und dauerhaften Entlastung sollen Finanzierungsspielräume, die sich im Zeitablauf ergeben, insbesondere auch zu einer Anhebung dieser Höchstbeträge genutzt werden.

Zu Buchstabe b

Zur besseren Lesbarkeit der Vorschrift des § 43 werden die Sätze 4 und 5 des bisherigen Absatzes 2 zu einem neuen Absatz 3 zusammengefaßt. Gleichzeitig wird dem Umstand Rechnung getragen, daß ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand in stationärer Pflege insbesondere auch bei schwerer Demenz gegeben sein kann. Außerdem wird ein verhältnismäßig einfaches Verfahren festgelegt, mit dem sichergestellt werden soll, daß durch die Härtefallregelung bundesweit nicht mehr als fünf vom Hundert der Schwerstpflegebedürftigen (Pflegestufe III) begünstigt werden.

Zu Buchstabe c

Redaktionelle Folgeänderung zu der unter Buchstabe b vorgenommenen Änderung.

Zu Nummer 19 (§ 44)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung berücksichtigt, daß nicht nur die sozialen Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen verpflichtet sind, Beiträge zur Alterssicherung der Pflegepersonen zu entrichten, sondern bei Versicherten, die bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Leistungen der Beihilfe oder der Heilfürsorge haben, auch die Festsetzungsstellen für die Beihilfe sowie die Dienstherren.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der in Satz 3 vorgenommenen Änderung wird klargestellt, daß für die in § 166 Abs. 2 SGB VI geforderten Pflegezeiten entsprechende Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung erforderlich sind. Es reicht nicht die Selbsteinschätzung des Pflegebedürftigen und seiner Pflegeperson über den erforderlichen Pflegeaufwand.

Zu Buchstabe b

Die Ergänzung in dem neuen Absatz 2 soll sicherstellen, daß Personen, die wegen der Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Rentenversicherungspflicht befreit sind (z. B. angestellte Ärzte oder Rechtsanwälte), bei Übernahme einer Pflēgetätigkeit ihre berufsständische Alterssicherung ausbauen können, wenn sie aufgrund des § 6 Abs. 5 Satz 2 SGB VI nicht rentenversicherungspflichtig werden. Dasselbe soll für selbständig Tätige gelten, die als Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen die Voraussetzungen für eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung erfüllen würden, wenn sie nach den Vorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig wären (z. B. selbständig tätige Ärzte oder Rechtsanwälte).

Denn auch auf diesen Personenkreis wird § 6 Abs. 5 Satz 2 SGB VI entsprechend angewandt mit der Folge, daß die Betroffenen bei Übernahme einer Pflege Tätigkeit in der Regel nicht rentenversicherungspflichtig werden.

Nach Artikel 5 Abs. 2 tritt diese Änderung rückwirkend zum 1. April 1995 in Kraft. Für die betroffenen Pflegepersonen bestand keine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung, deshalb sind etwaige Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zu Unrecht gezahlt worden und grundsätzlich zu erstatten.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu der unter Buchstabe b vorgenommenen Änderung.

Zu Nummer 20 (§ 57)

Die Regelung stellt eine Folgeänderung zu der mit Artikel 5 Nr. 1 Buchstabe a des 3. SGB V-Änderungsgesetzes vorgenommenen Änderung des § 39 Abs. 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte dar, wonach die Beiträge aus den Versorgungsbezügen jeweils zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres an den durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen (§ 245 Abs. 1 Satz 1 SGB V) anzupassen sind.

§ 57 Abs. 3 sieht in der bisherigen Fassung vor, daß die Pflegeversicherungsbeiträge für die landwirtschaftlichen Unternehmer und ihre Familienangehörigen jeweils zum 1. Juli eines Jahres angepaßt werden. Diese unterschiedliche Stichtagsregelung führt dazu, daß die landwirtschaftlichen Krankenkassen jeweils zum 1. Januar und zum 1. Juli eines Jahres neue Beitragsbescheide versenden müßten. Um dies zu vermeiden, wird für die Beitragsanpassung ein einheitlicher Stichtag festgelegt.

Zu Nummer 21 (§ 61)

Die bisherige Formulierung legte bereits fest, daß die privat Pflegeversicherten nur entweder Beihilfe bzw. Heilfürsorge oder den hälftigen Beitragszuschuß zur privaten Pflegeversicherung erhalten können, aber nicht beides gleichzeitig. Die neue Formulierung stellt klar, daß dies auch für die in der sozialen Pflegeversicherung Versicherten gilt, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind. Außerdem wird klargestellt, daß der Anspruch auf einen Beitragszuschuß nur gegenüber dem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn entfällt, der die Beihilfe- oder Heilfürsorgeleistungen im Pflegefall zu erbringen hat.

Zu Nummer 22 (§ 71)

Zu Absatz 3

Mit der Ergänzung des § 71 wird klargestellt, daß verantwortliche Pflegefachkräfte im Sinne der Definition der Pflegeeinrichtungen nur in der Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege oder in der Altenpflege ausgebildete Pflegekräfte sein können. Gleichzeitig werden die Anforderungen an die praktische Berufserfahrung, die in Vereinbarungen der Selbstverwaltung zum Teil sehr hoch angesetzt sind,

auf ein vertretbares Maß beschränkt. Damit soll insbesondere Frauen für die Zeit nach der Erziehungsphase eine Perspektive als leitende Pflegefachkraft offengehalten werden.

Zu Absatz 4

Die Regelung führt zu einer – auch aus Finanzierungsgründen notwendigen – klaren Trennung von Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen, in denen zwar im Einzelfall auch Hilfen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens zur Verfügung gestellt werden, die jedoch von ihrer Grundausrichtung her einem anderen Zweck als der Pflege dienen. Hierunter fallen insbesondere Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Krankenwohnungen, Kindergärten, Schulen und Internate, Werkstätten für Behinderte, Wohnheime für Behinderte. Psychiatrische Krankenhäuser betreiben Akut- und Langzeitbehandlung kranker Menschen und sind in der Regel deshalb ebenfalls keine Pflegeeinrichtungen.

Zu Nummer 23 (§ 72)

Zu Buchstabe a

Die Änderung ist eine redaktionelle Anpassung.

Zu Buchstabe b

Durch die Ergänzung des § 72 Abs. 4 wird die Neuregelung in § 37 Abs. 3 zur Durchführung von Pflegepflichteinsätzen vertragsrechtlich umgesetzt. Damit wird klargestellt, daß die Ausführung solcher Pflegeeinsätze zu den Pflichten gehört, die für jeden Pflegedienst aus dem Abschluß eines Versorgungsvertrages folgen.

Zu Buchstabe c

Nach § 2 Abs. 2 können die Pflegebedürftigen zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Der neue Absatz 5 in § 72 unterstützt dieses Wahlrecht durch umfassende Information des Pflegebedürftigen über die Leistungen und Preise der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, in deren Einzugsbereich er wohnt. Er dient zugleich der Förderung des Wettbewerbs und der verbesserten Transparenz für den Versicherten. Die den Kassen in Satz 2 auferlegte Beratungspflicht gewährleistet, daß der Pflegebedürftige vor Inanspruchnahme eines Pflegedienstes selbst überprüfen kann, welches Angebot für ihn in seiner persönlichen Situation am vorteilhaftesten ist.

Zu Nummer 24 (§ 73)

Der Bestandschutz soll unabhängig von einer rechtzeitigen Beanstandung auch dann nicht entstehen können, wenn die materiellen Voraussetzungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 offensichtlich nicht erfüllt sind. Auch wenn eine Beanstandung nicht oder nicht rechtzeitig erfolgt ist, haben solche Einrichtungen, die nach ihrer primären Zweckbestimmung und nach ihrem äußeren Erscheinungsbild offensichtlich keine Pflegedienste oder Pflegeheime sind, keinen Bestandschutz.

Zu Nummer 25 (§ 77)

Zu Buchstabe a

Die Neufassung des Satzes 1 dient der Klarstellung.

Soweit der Pflegebedürftige Sachleistungen (§ 36) in Anspruch nimmt, ist die pflegerische Versorgung grundsätzlich durch einen zugelassenen Pflegedienst sicherzustellen.

Durch die Neufassung des ersten Halbsatzes in Satz 1 wird die Absicht des Gesetzgebers klargestellt, daß Verträge mit einzelnen Personen, die nicht die Voraussetzungen für den Abschluß eines Versorgungsungsvertrages erfüllen, die Ausnahme bilden. Die Regelung hat den Zweck, Versorgungslücken durch gezielt eingesetzte, wohnortnahe Hilfen zu schließen. Aus der Ausgestaltung der Regelung als „Kannvorschrift“ folgt, daß auf den Abschluß eines Vertrages nach Satz 1 (anders als beim Versorgungsvertrag) kein Anspruch besteht.

Die Einführung des zweiten Halbsatzes in Satz 1 macht deutlich, daß die Regelung auf die Pflege durch Angehörige keine Anwendung findet. Dadurch wird die Umgehung des Anspruchs auf Pflegegeld (§ 37) und damit eine Überschreitung des Finanzrahmens der Pflegeversicherung verhindert.

Zu Buchstabe b

Mit der Ergänzung wird verhindert, daß Pflegekräfte im Sinne des Satzes 1 mit den von ihnen betreuten Pflegebedürftigen gleichzeitig ein Beschäftigungsverhältnis eingehen. Hiermit wird erreicht, daß bei selbst sichergestellter Pflege ausschließlich Pflegegeld und nicht die höhere Sachleistung bezogen werden kann.

Zu Nummer 26 (§ 82)

Die Zuordnung der Behandlungspflege und der sozialen Betreuung in Pflegeheimen zu den von der Pflegeversicherung – bis zu deren leistungsrechtlichen Höchstgrenzen – zu vergütenden Aufwendungen stellt eine Folgeänderung zu den in §§ 42, 43 vorgesehenen Änderungen über die Leistungen der Behandlungspflege in Pflegeheimen dar.

Die Änderung in Satz 3 dient der Klarstellung, bei teilstationärer Pflege dürfen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung ebensowenig von der Pflegeversicherung übernommen werden, wie dies bei vollstationärer Pflege der Fall ist.

Zu Nummer 27 (§ 84)

Die Zuordnung der Aufwendungen für Behandlungspflege und der sozialen Betreuung im Pflegeheim zu den von den Pflegekassen zu übernehmenden Aufwendungen in den §§ 42 und 43 macht eine Anpassung der Regelungen über das Vergütungsverfahren erforderlich. Durch die Anfügung in Absatz 1 wird sichergestellt, daß die Aufwendungen für Leistungen der Behandlungspflege als Bestandteil der Pflegesätze von den Parteien der Pflegesatzverhandlungen nach § 85 oder § 86 ausgehandelt werden.

Zu Nummer 28 (§ 85)

Nach § 82 Abs. 2 Satz 2 ist die Pflegevergütung von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu übernehmen. Hauptkostenträger sind die Pflegekassen. Es muß daher gewährleistet sein, daß die Pflegekassen in den Vergütungsverhandlungen angemessen vertreten sind. Nach bisherigem Recht ist eine Pflegekasse Partei der Pflegesatzvereinbarung, soweit auf sie im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen jeweils mehr als fünf vom Hundert der Berechnungstage des Pflegeheimes entfallen. Das Quorum wird allerdings nur von einzelnen Pflegekassen erreicht. Durch die Neufassung des Satzes 1 in Absatz 2 erhalten auch Arbeitsgemeinschaften von Pflegekassen oder sonstigen Sozialversicherungsträgern allein oder gemeinsam die Parteifähigkeit, soweit sie das Quorum erfüllen. Damit wird dem Erfordernis Rechnung getragen, die Pflegekassen als Hauptkostenträger soweit wie möglich an den Vergütungsverhandlungen zu beteiligen, ohne die Zahl der Beteiligten unpraktikabel hoch werden zu lassen.

Mit dem neuen Satz 2 wird klargestellt, daß in dem normalen Pflegesatzverfahren nach § 85 die Pflegesatzvereinbarung für jedes zugelassene Pflegeheim gesondert abzuschließen ist. Das gilt auch für Träger, die mehrere zugelassene Pflegeeinrichtungen betreiben. Dadurch soll einerseits der Wettbewerb unter den Einrichtungen gefördert werden; andererseits wird dem legitimen Interesse der Pflegeheime Rechnung getragen, ihren Anspruch auf eine leistungsgerechte, am konkreten Versorgungsauftrag gemessene Vergütung in die Pflegesatzverhandlungen einzubringen. Die Aushandlung von einheitlichen Pflegesätzen für mehrere Pflegeheime ist dem besonderen Verfahren in der Pflegesatzkommission nach § 86 vorbehalten.

Satz 3 entspricht dem bisherigen Recht.

Zu Nummer 29 (§ 86)

Mit der Ergänzung des Satzes 1 in § 86 Abs. 2 wird klargestellt, daß die Vereinbarung einheitlicher Preise für mehrere Pflegeheime im Interesse einer leistungsgerechten Vergütung und der Förderung des Wettbewerbs über den örtlichen Zuständigkeitsbereich eines Landkreises nicht hinausgehen darf. Der Verhandlungsbezirk kann hiernach auch kleiner sein, z. B. eine kreisangehörige Gemeinde oder ein Bezirk in einer kreisfreien Stadt.

Der neue Satz 2 ist eine Ausnahme von der Regelung in § 84 Abs. 4 Satz 2, wonach für die allgemeinen Pflegeleistungen, „soweit nichts anderes bestimmt ist“, ausschließlich die nach § 85 oder § 86 vereinbarten Preise berechnet werden dürfen; die neue Vorschrift ist eine anderweitige Bestimmung im Sinne des § 84 Abs. 4 Satz 2. Sie ist ein notwendiges Korrektiv zu der Vereinbarung von einheitlichen Preisen für mehrere Pflegeheime. Die neue Regelung gilt nicht nur für die Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen (Pflegesätze), sondern auch für die Vereinbarung von Entgelten für Unterkunft und Verpflegung (vgl. § 87 Satz 3).

Zu Nummer 30 (§ 89)**Zu Buchstabe a**

Durch die Änderung wird gewährleistet, daß auch Arbeitsgemeinschaften von Pflegekassen oder sonstigen Sozialversicherungsträgern allein oder gemeinsam Parteien der Pflegevergütungsvereinbarung sein können. Es handelt sich um eine parallele Anpassung zu der Änderung des § 85 Abs. 2.

Zu Buchstabe b

Die Straffung der Vorschrift unterstreicht die Absicht des Gesetzgebers, auch für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen ein leistungsgerechtes, wettbewerbsorientiertes Preissystem einzuführen. Der in der bisherigen Fassung der Vorschrift enthaltene Hinweis auf den Zeitaufwand entfällt, weil er die Gefahr der Festschreibung und Zementierung unflexibler Personalstrukturen (ohne konkreten Leistungsbezug) beinhaltet. Eines besonderen Hinweises auf den Zeitaufwand bedarf es auch deshalb nicht, weil er ohnehin in die Berechnung der Vergütungen eingeht.

Der zweite Halbsatz in Satz 1 soll sicherstellen, daß ein von den Spitzenverbänden der Pflegekassen gemeinsam empfohlenes Vergütungssystem bundesweit angewendet wird, um für alle Pflegedienste leistungsgerechte Vergütungen nach gleichen Grundsätzen und in nachvollziehbarer Weise zu gewährleisten.

Zu Nummer 31 (§ 106 a)

Datenschutzrechtliche Folgeänderung im Hinblick auf die Änderung in § 37 Abs. 3 SGB XI.

Zu Nummer 32 (§ 112)

Wegen des zunehmenden Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung ist es nicht länger gerechtfertigt, eine Kassenart mit der Durchführung der Ordnungswidrigkeitenverfahren zu belasten. Die Streichung bewirkt, daß sich die Zuständigkeit aus den allgemeinen Regelungen des § 36 Abs. 1 OWiG ergibt. Danach ist für das Bußgeldverfahren sachlich zuständig entweder eine durch Gesetz bestimmte Verwaltungsbehörde oder die fachlich zuständige oberste Landesbehörde (für die private Versicherung in der Regel das Finanz- oder Innenressort), wenn das Land nicht durch Rechtsverordnung die Zuständigkeit auf eine andere Behörde übertragen hat (§ 36 Abs. 2 OWiG).

Zu Artikel 2 (Änderung des Pflege-Versicherungsgesetzes)**Zu Nummer 1 (Artikel 49)**

Die Herausnahme der Übergangsregelung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen aus Artikel 49 stellt eine notwendige Folgeänderung zur Vorschrift des neuen Artikels 49a dar.

Zu Nummer 2 (Artikel 49 a)

Die bisherigen Vergütungsregelungen laufen regelmäßig zum 1. Juli 1996 aus. Für viele Pflegeheime werden zum 1. Juli 1996 noch keine Pflegesatzvereinbarungen nach dem Siebten und Achten Kapitel des SGB XI abgeschlossen sein. Es besteht daher die Notwendigkeit, eine tragfähige Grundlage zu schaffen, aus der sich die Pflichten aller Beteiligten konkret ergeben. Die bestehende Übergangsregelung des Artikels 49 reicht hierzu nicht aus; sie enthält insbesondere keine Regelungen zum Anteil der pflegebedingten Aufwendungen im Pflegesatz, so daß die ab dem 1. Juli 1996 bestehende Leistungspflicht der Pflegekassen nicht konkret bestimmbar wäre. Deshalb sieht Artikel 49a eine Übergangsregelung vor, nach der sich in einem einfachen Rechengang die Leistungspflicht für die Pflegekassen und die pflegebedürftigen Heimbewohner mit konkreten Zahlbeträgen bestimmen lassen.

Die Übergangsregelung gilt nur für Pflegeheime, die bis zum 1. Juli 1996 keine Vereinbarung über die Vergütung der pflegebedingten Leistungen und der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung abgeschlossen haben. Sie gilt auch nur, solange als sie nicht durch eine Vergütungsvereinbarung nach dem SGB XI abgelöst wird, längstens bis zum 30. Juni 1997.

In § 1 wird das am 30. Juni 1996 geltende Heimentgelt durch zwei Teilentgelte abgelöst:

1. durch abgestufte Pflegesätze (Pflegeklassen I bis III) für pflegebedürftige Heimbewohner im Sinne des SGB XI,
2. durch einen einheitlichen Heimkostensatz, mit dem die durch die Pflegesätze nicht abgegoltenen Kostenbestandteile im Heimentgelt gleichmäßig auf alle Heimbewohner verteilt werden.

Nicht pflegebedürftige Heimbewohner zahlen neben dem einheitlichen Heimkostensatz anstelle des Pflegesatzes einen allgemeinen Vergütungssatz.

In den §§ 2 und 3 ist das Verfahren zur Berechnung der Teilentgelte geregelt:

Zunächst ermittelt das Pflegeheim den Gesamtbetrag der auf den 1. Juni 1996 entfallenden Heimentgelte anhand der Zahl der Bewohner, über deren Antrag auf vollstationäre Pflegeleistungen entschieden ist, und der Zahl der Heimbewohner, die keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben, sowie der für diesen Tag geltenden Heimentgelte (Stichtagsbetrag). Sofern die hiernach maßgebliche Zahl der Heimbewohner am 1. Juni 1996 nicht mindestens 75 vom Hundert der Bewohner begutachtet sind, ist als Stichtag der Tag zugrunde zu legen, an dem diese Quote erreicht ist. In dem Gesamtbetrag der Heimentgelte dürfen die gesonderten Zuschläge für Zusatzleistungen im Sinne des SGB XI (z. B. Einzelzimmerzuschläge) nicht berücksichtigt werden. Liegt keine Pflegesatzvereinbarung vor, weil der öffentliche Kostenträger mit dem Träger des Pflegeheims identisch ist, tritt an die Stelle der Pflegesätze das von dem öffentlich-rechtlichen Kostenträger tatsächlich gezahlte oder verrechnete Heimentgelt.

Aus dem so ermittelten Stichtagsbetrag sind die darin enthaltenen Investitionskosten herauszurechnen (§ 2 Abs. 2); diese sind jedem Heim aus seinen bisherigen Selbstkostenblättern bekannt. Von dem verbleibenden Betrag sind mit einem Pauschalbetrag in Höhe von 40 vom Hundert die nicht pflegebedingten Kosten abzuziehen, die ebenfalls nicht von der Pflegekasse zu tragen sind. Dies ergibt den sog. pflegesatzwirksamen Betrag, aus dem der in der Übergangszeit von den Pflegekassen zu zahlende Betrag für die pflegebedingten Aufwendungen abzuleiten ist.

Eine Übernahme der pflegebedingten Kosten (bei Beachtung der Leistungsobergrenzen) mit einem Durchschnittsbetrag, der aus einer Teilung des pflegesatzwirksamen Betrages durch die Zahl der Bewohner errechnet wäre, würde zu einem für alle Pflegebedürftigen eines Pflegeheimes gleichen Zahlbetrag führen. Dies ließe den unterschiedlichen Pflegebedarf und die nach dem Pflege-Versicherungsgesetz vorzunehmende Differenzierung in drei Pflegeklassen unberücksichtigt.

Um zu einer den Zielsetzungen des SGB XI entsprechenden differenzierten Leistungsgewährung zu gelangen, sieht die Übergangsregelung in § 3 deshalb eine weitere Aufschlüsselung dieses aus dem tatsächlichen Heimentgelt ermittelten pflegesatzwirksamen Betrages in die nach dem SGB XI zu bildenden Pflegeklassen vor.

Die Aufschlüsselung des pflegesatzwirksamen Betrages erfolgt auf der Grundlage einer Gewichtung der Zahlen der Heimbewohner entsprechend ihrer Einordnung in Pflegestufen, wobei die Gewichtung dem unterschiedlichen Pflegeaufwand in den einzelnen Pflegestufen Rechnung trägt. Bei der Aufschlüsselung wird auch die Zahl der Bewohner, die keiner Pflegestufe (Pflegestufe 0) zugeordnet sind, rechnerisch mit einer allgemeinen Vergütungsklasse berücksichtigt, weil auch diese Bewohner in die Berechnung des pflegesatzwirksamen Betrages eingegangen sind. Im Ergebnis wird der pflegesatzwirksame Betrag so aufgeteilt, daß die Pflegeklassen I bis III unter Einschluß der Gruppe der nicht pflegebedürftigen dann im Verhältnis 1 (= Stufe I) zu 1,4 (= Stufe II) zu 2,1 (= Stufe III) zu 0,7 (= Pflegestufe 0) stehen.

Folgende Rechenschritte sind zur Aufschlüsselung des pflegesatzwirksamen Betrages zwecks Ermittlung des Zahlbetrages für die Pflegeklasse I vorzunehmen:

1. Die Zahl der Bewohner der Stufe I wird mit dem Faktor 1 multipliziert.
2. Die Zahl der Bewohner der Stufe II wird mit dem Faktor 1,4 multipliziert.
3. Die Zahl der Bewohner der Stufe III wird mit dem Faktor 2,1 multipliziert.
4. Die Zahl der nicht pflegebedürftigen Heimbewohner wird mit dem Faktor 0,7 multipliziert.
5. Die in den Nummern 1 bis 4 errechneten Werte werden addiert.
6. Der pflegesatzwirksame Betrag wird durch die in Nummer 5 ermittelte Summe geteilt.

Der in Nummer 6 ermittelte Wert entspricht dem Zahlbetrag der Pflegeklasse I.

Aus dem Zahlbetrag der Pflegeklasse I leiten sich die Zahlbeträge der Pflegeklassen II und III ab, indem der für die Pflegeklasse I ermittelte Betrag in der Pflegeklasse II mit dem Faktor 1,4 und in der Pflegeklasse III mit dem Faktor 2,1 multipliziert wird.

Der von den Pflegekassen nicht zu übernehmende Teil des Stichtagsbetrages wird gleichmäßig auf alle Heimbewohner verteilt, die in die Berechnung des Stichtagsbetrages eingegangen sind. Die bei der Ermittlung des pflegesatzwirksamen Betrages von den Heimentgelten abgezogenen Zuschläge für Zusatzleistungen (z. B. Einzelzimmerzuschlag) werden den Bewohnern, die diese Leistungen in Anspruch nehmen, individuell in Rechnung gestellt.

Damit der den Pflegekassen nach § 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI vorgegebene Jahresdurchschnittsbetrag von 30 000 DM je Pflegebedürftigen eingehalten werden kann, dürfen nach § 6 die zuvor ermittelten Zahlbeträge bis zum 30. September 1996 folgende Höchstbeträge nicht überschreiten:

Pflegeklasse I = 1 400 DM,
Pflegeklasse II = 2 100 DM,
Pflegeklasse III = 2 800 DM.

Ab dem 1. Oktober 1996 gelten die Pflegesatzbegrenzungen nach § 43 Abs. 2 SGB XI und das dort vorgesehene Verfahren zur Sicherstellung des jährlichen Durchschnittsbetrages von 30 000 DM. Die in diesem Verfahren vorgesehene Prüfung ist erstmals zum 1. Oktober 1996 durchzuführen.

Das Übergangssystem verwirklicht in einem pauschalen Verfahren die neue leistungsgerechte, nach Pflegeklassen abgestufte Vergütungsstruktur. Die vom 1. Juli 1996 an zu zahlenden Heimentgelte können höher aber auch niedriger sein als vor dem 1. Juli 1996, da zu jeder der drei Pflegeklassen der gleiche Heimkostensatz hinzugerechnet wird. Diese grundlegende Umstrukturierung entspricht jedoch den Zielsetzungen, die der Gesetzgeber mit den neuen Vergütungsregelungen des SGB XI verfolgt. Die Übergangsregelung dient damit auch der Vorbereitung auf die volle Einführung des neuen Entgeltsystems.

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

In der Praxis hat sich ergeben, daß der Umfang der in § 282 SGB V geregelten Richtlinienkompetenz der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der wirksamen Durchführung der Aufgaben im Bereich Kranken- und Pflegeversicherung und zur notwendigen Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste untereinander nicht ausreicht.

Gerade im Bereich der Pflegeversicherung, die sehr stark auf Bundeseinheitlichkeit ausgerichtet ist – nicht zuletzt wegen des bundesweiten kassenartenübergreifenden Finanzausgleichs –, bedarf es verstärkt einer bundesweiten Koordinierung der Tätig-

keiten der Medizinischen Dienste im Rahmen der ihnen übertragenen Aufgaben.

Das Fehlen an verbindlichen Vorgaben für die effiziente und effektive Zusammenarbeit zwischen MDK und MDS hat insbesondere im Bereich Pflegeversicherung dazu geführt, daß regional unterschiedliche Begutachtungsstrategien zum Tragen kommen konnten mit dem Ergebnis stark voneinander abweichender Begutachtungsergebnisse. Die regionalen Unterschiede führen zu Ungleichbehandlungen der Versicherten. Ebenso ergaben sich nicht zu rechtfertigende Unterschiede im Einsatz und in der Vergütung externer Gutachter.

Entsprechend dem Grundsatz des Vorrangs der Selbstverwaltung soll die Problemlösung über eine Erweiterung der Richtlinienkompetenz der Spitzenverbände der Krankenkassen erreicht werden. Ausgangspunkt und Grundlage einer wirksameren Zusammenarbeit wird also auch zukünftig die Eigenständigkeit eines jeden MDK und des MDS sein, d. h. es wird bewußt auf Vorhandenem aufgebaut, allerdings wird in Fragen von grundsätzlicher Bedeutung ein abgestimmtes einheitliches Handeln der Medizinischen Dienste verbindlich vorgegeben. Dazu werden die Spitzenverbände der Kranken- bzw. Pflegekassen verpflichtet, für die MDK-Gemeinschaft verbindliche Richtlinien u. a. über die Zusammenarbeit der Kranken- und Pflegekassen mit den Medizinischen Diensten, zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung, über die Berichtspflicht der Medizinischen Dienste, über Grundsätze und Maßstäbe für die Sicherung der Qualität der Begutachtung durch die Medizinischen Dienste sowie über ein Verfahren zur Qualitätskontrolle zu vereinbaren. Eine Öffnungsklausel gibt der Selbstverwaltung die Möglichkeit, bei Bedarf weitere Richtlinien zu beschließen.

Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und das Bundesministerium für Gesundheit. Für den Fall, daß die Richtlinien durch die Ressorts beanstandet werden und die Beanstandung nicht innerhalb der gesetzten Fristen behoben wird, sieht das Gesetz die Möglichkeit der Ersatzvornahme vor. Auf diese Weise soll gewährleistet werden, daß die Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung überwacht und ggf. sanktioniert werden kann.

Zu Artikel 4 (Änderung des Bundessozialhilfegesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 68)

Die Regelung ermöglicht, daß Pflegebedürftige unterhalb der Pflegestufe I auch in teil- und vollstationären Einrichtungen Hilfe zur Pflege gewährt werden kann. Die bisherige Regelung in § 68 Abs. 1 Satz 2 war zu erweitern, weil sie nur die ambulante Betreuung erfaßte. Personen, die aufgrund der Besonderheit des Einzelfalles teil- und vollstationäre Leistungen benötigen – z. B. weil im häuslichen Bereich geeignete Pflegepersonen fehlen oder wenn mit einer erheblichen Verschlechterung des Pflegezustandes zu rechnen ist –, sollen auch Hilfe zur Pfl-

ge erhalten können. Es ist davon auszugehen, daß bei Pflegebedürftigen unterhalb der Pflegestufe I, die sich bereits in teil- und vollstationären Einrichtungen befinden, die Besonderheiten des Einzelfalles den Aufenthalt rechtfertigen, sofern in den persönlichen Verhältnissen nicht eine wesentliche Änderung eingetreten ist.

Zu Nummer 2 (§ 69 c)

In Fällen, in denen Pflegebedürftige ihre Pflege selbst organisieren und zu diesem Zweck für ihre Pflege andere Personen beschäftigen, handelt es sich nach dem Recht der Pflegeversicherung um selbst beschaffte Pflege, für die die Pflegeversicherung Pflegegeld nach § 37 SGB XI gewährt. Reicht diese Leistung nicht aus, soll der Pflegebedürftige auch dann einen Anspruch auf ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege haben, wenn er nicht die vorrangige höhere Sachleistung der Pflegeversicherung in Anspruch nimmt. Das von der Pflegeversicherung anstelle der Pflegesachleistung gezahlte Pflegegeld nach § 37 SGB XI ist zuerst auf die Beihilfen und Kostenübernahmen nach § 69 b voll anzurechnen. Ein die Kostenübernahme und Beihilfen übersteigendes Pflegegeld nach SGB XI ist nach Absatz 1 auf den Pflegegeldanspruch nach § 69 a anzurechnen.

Zu Artikel 5 (Änderung des Sozialgerichtsgesetzes)

Nach dieser Regelung erstreckt sich die Zuständigkeit der Sozialgerichte auf die Streitigkeiten, die in Angelegenheiten der sozialen Pflegeversicherung entstehen. Streitigkeiten von Versicherten der privaten Krankenversicherungsunternehmen mit diesen Unternehmen werden mit Ausnahme der Streitigkeiten über die soziale Sicherung der Pflegepersonen nicht erfaßt.

Zu Artikel 6 (Übergangsregelung zur Bußgeldvorschrift)

Die Übergangsregelung zur Bußgeldvorschrift regelt, daß Bußgeldverfahren, die von einer Pflegekasse, die bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse am Wohnort des Versicherungspflichtigen errichtet ist, oder einer anderen Pflegekasse eingeleitet wurden, von diesen bis zum Erlaß des Bußgeldbescheides fortgeführt wird. Die nach Artikel 5 Abs. 2 dieses Gesetzes rückwirkende Änderung der Zuständigkeit für das Bußgeldverfahren soll nicht dazu führen, daß die Bußgeldstelle für laufende Verfahren unzuständig wird. Die Zuständigkeit für bereits eingeleitete Bußgeldverfahren bleibt bestehen, bis der Bußgeldbescheid erlassen ist. Das Bußgeld wird von dieser Pflegekasse vereinnahmt. Im Falle eines Einspruchs gegen den Bußgeldbescheid geht die Zuständigkeit auf die nunmehr zuständige Bußgeldstelle über.

Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten. Soweit die in Absatz 2 genannte Vorschrift rückwirkend zum 1. April 1995 in Kraft tritt, handelt es sich um Klarstellungen des geltenden Rechts, die die Durchführung des vom Gesetzgeber Gewollten sicherstellen.

C. Finanzielle Auswirkungen

Die Übernahme der Kosten der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung führt zu Mehraufwendungen für die Pflegeversicherung, die jedoch durch Einbeziehung in die bestehenden Höchstbetragsregelungen des SGB XI aufgefangen werden. Im übrigen enthält das Gesetz überwiegend Regelungen zur Verbesserung der verwaltungsmäßigen Umsetzbarkeit des Pflege-Versicherungsgesetzes und zur Klarstellung des gesetzgeberischen Willens. Die Änderungen führen zu keiner finanziellen

Mehrbelastung für die gesetzliche Krankenversicherung sowie für Bund, Länder und Gemeinden.

D. Preiswirkungsklausel

Auswirkungen auf Einzelpreise, das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

E. Frauenpolitische Auswirkungen

Keine