

Beschlußempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß)

**zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.
– Drucksache 13/3696 –**

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

Zweite Beschlußempfehlung und zweiter Bericht

des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß)

**zu dem Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 13/99 –**

**Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung des Pflege-Versicherungsgesetzes
(PflegeVErgG)**

A. Problem

Zu Drucksache 13/3696

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

Zu Drucksache 13/99

Ausgangspunkt für den Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sind Probleme beim Ruhen von Leistungen bei einem Auslandsaufenthalt, bei der Erbringung von Pflegesachleistungen durch eigene Pflegebetriebe der Pflegebedürftigen sowie in der Frage der Einbeziehung geeigneter Fachkräfte neben den ausgebildeten Pflegefachkräften.

B. Lösung

Änderung einzelner Vorschriften des SGB XI und weiterer Gesetze. Die Änderungen des Gesetzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. 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,

Annahme des Gesetzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU und der F.D.P. und gleichzeitig den Gesetzentwurf auf Drucksache 13/99 für erledigt zu erklären.

Mehrheitsentscheidung im Ausschuß**C. Alternativen**

Annahme des Gesetzentwurfs der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

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.

Beschlußempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

1. den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.
– Drucksache 13/3696 – in der aus der anliegenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen und
2. den Gesetzentwurf auf Drucksache 13/99 für erledigt zu erklären.

Bonn, den 13. März 1996

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung

Ulrike Mascher
Vorsitzende

Karl-Josef Laumann
Berichterstatter

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (Erstes SGB XI-Änderungsgesetz – 1. SGB XI-ÄndG) – Drucksache 13/3696 – mit den Beschlüssen des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß)

Entwurf

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*.“

Beschlüsse des 11. Ausschusses

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. unverändert
2. unverändert

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 **beruft** darüber hinaus Bundesverbände der Behinderten, der privaten ambulanten Dienste und der privaten Alten- und Pflegeheime in den Ausschuß.“

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

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 Behindertenhilfe 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 Anwen-
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 **für Behinderte** nach dem Bundessozialhilfegesetz, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch **bleiben unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig; die notwendige Hilfe in den Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.**“
5. § 15 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:
- „(3) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muß wöchentlich im Tagesdurchschnitt:
1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
 2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
 3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.“
6. unverändert
7. unverändert
8. unverändert
9. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

„dung der in § 14 Abs. 1 der Beihilfevorschriften 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 erbringt, 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

10. In § 30 werden nach dem Wort „Leistungen“ die Wörter „sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen“ eingefügt.

11. § 34 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

b) unverändert

c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz angefügt:

„(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme.“

12. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

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 in Satz 3 genannten Betrag nicht übersteigen.“

13. § 37 wird wie folgt geändert:

- a) unverändert

- 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 **bis zu 30 Deutsche Mark** und in der Pflegestufe III **bis zu 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; **der Pflegebedürftige erhält vom Pflegedienst eine Durchschrift der Mitteilung**. 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. unverändert

15. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

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 hoher 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
16. In § 41 Abs. 2 werden nach den Wörtern „übernimmt die“ das Wort „pflegebedingten“ und nach dem Wort „Pflege“ die Wörter „sowie die in der Einrichtung notwendigen Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung“ eingefügt.
17. unverändert
18. unverändert
19. § 44 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa) unverändert

Entwurf

die Wörter „entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflegepflichtversicherung 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.

Beschlüsse des 11. Ausschusses

- bb) Nach Satz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung stellt im Einzelfall fest, ob und in welchem zeitlichen Umfang häusliche Pflege durch eine Pflegeperson erforderlich ist. Der Pflegebedürftige oder die Pflegeperson haben darzulegen und auf Verlangen glaubhaft zu machen, daß Pflegeleistungen in diesem zeitlichen Umfang auch tatsächlich erbracht werden. Dies gilt insbesondere, wenn Pflegesachleistungen (§ 36) in Anspruch genommen werden.“

- b) unverändert

- c) unverändert

19a. § 56 Abs. 4 wird wie folgt gefaßt:

„(4) Beitragsfrei sind auf Antrag:

1. Mitglieder, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits Leistungen nach § 35 Abs. 6 des Bundesversorgungsgesetzes, nach § 558 Abs. 2 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung, nach § 34 des Beamtenversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen erhalten, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, sowie
2. Mitglieder, die sich auf nicht absehbare Dauer ununterbrochen in einer vollstationären Einrichtung befinden, in der die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Kranker oder Behinderter im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen,

wenn sie keine Familienangehörigen haben, für die eine Versicherung nach § 25 besteht.“

Entwurf	Beschlüsse des 11. Ausschusses
20. § 57 Abs. 3 Satz 4 wird wie folgt gefaßt: „Er gilt für das folgende Kalenderjahr.“	20. unverändert
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.“	21. unverändert
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.“	22. unverändert
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.“	23. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

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.“
24. unverändert
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 gewährleistet 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.“
25. unverändert
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.“
26. § 82 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:
 „(1) entfällt
 1. entfällt
 2. entfällt
 Die Pflegevergütung **umfaßt** bei stationärer Pflege **auch die** medizinische Behandlungspflege und **die** soziale Betreuung; **sie ist** von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen.“
27. In § 84 Abs. 1 werden nach dem Wort „Pflegeheimes“ die Wörter „sowie für medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung“ eingefügt.
27. unverändert
28. § 85 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:
 „(2) Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) sind der Träger des einzelnen zugelassenen Pflegeheimes sowie
28. § 85 wird wie folgt geändert:
 a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:
 „(2) Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) sind der Träger des einzelnen zugelassenen Pflegeheimes sowie

Entwurf

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.“

Beschlüsse des 11. Ausschusses

1. unverändert
2. unverändert

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.“

- b) In Absatz 3 werden die Sätze 2 bis 4 durch folgende Sätze ersetzt:

„Das Pflegeheim hat Art, Inhalt, Umfang und Kosten der Leistungen, für die es eine Vergütung beansprucht, durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Nachweise rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen darzulegen. Soweit dies zur Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall erforderlich ist, hat das Pflegeheim auf Verlangen einer Vertragspartei zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu gehören auch pflegesatzerhebliche Angaben zum Jahresabschluß nach der Pflege-Buchführungsverordnung, zur personellen und sachlichen Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Kosten sowie zur tatsächlichen Stellenbesetzung und Eingruppierung. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.“

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.“

29. unverändert

30. § 89 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

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

30. § 89 wird wie folgt geändert:

- a) unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

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.“

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

„Die Vergütungen können nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden. Sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden. **Bei der Bemessung der Vergütung ist ein von den Spitzenverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu erarbeitendes Vergütungssystem anzuwenden. Wird das Vergütungssystem nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung gesetzten Frist vereinbart, kann das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung das Vergütungssystem festlegen; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.**“

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.

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. **Das Formular nach § 37 Abs. 3 Satz 5 wird unter Beteiligung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung erstellt.**“

32. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

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 49a

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.

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. unverändert

2. Nach Artikel 49 wird folgender Artikel eingefügt:

„Artikel 49a

Übergangsregelungen für die vollständige Pflege

§ 1

Leistungsrechtliche Vorschrift

(1) In der Zeit vom 1. Juli 1996 bis 31. Dezember 1997 (Übergangszeit) übernimmt die Pflegekasse abweichend von § 43 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung pauschal:

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 2 000 Deutsche Mark monatlich,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 2 500 Deutsche Mark monatlich,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 2 800 Deutsche Mark monatlich,
4. für Pflegebedürftige, die nach § 43 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch als Härtefall anerkannt sind, in Höhe von 3 300 Deutsche Mark monatlich;

Insgesamt darf der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag jedoch 75 vom Hundert des Heimentgeltes nicht übersteigen. Satz 1 gilt auch, wenn vor Beginn oder während der Übergangszeit für das Pflegeheim eine Pflegesatzvereinbarung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch geschlossen wird; der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag darf in diesem Fall 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht überschreiten.

(2) Die jährlichen Ausgaben der einzelnen Pflegekasse für die bei ihr versicherten Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege dürfen im Durchschnitt 30 000 Deutsche Mark je Pflegebedürftigen nicht übersteigen; hierbei werden die Ausgaben für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind, nicht berücksichtigt. Die Pflegekasse hat jeweils zum 1. September und zum 1. März zu überprüfen, ob der Durchschnittsbetrag eingehalten ist. Stellt sie fest, daß sie die Pflegeleistun-

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

§ 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 (pflegesatzwirksamer Betrag).

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

§ 2

Vergütungsrechtliche Umsetzung

(1) Die am 30. Juni 1996 geltenden Heimentgelte für vollstationäre Pflege in zugelassenen Pflegeheimen gelten bis zu ihrer Ablösung durch eine Pflegesatzvereinbarung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch, längstens jedoch bis zum 31. Dezember 1997 weiter.

(2) Für pflegebedürftige Heimbewohner, die nach dem 30. Juni 1996 in das Pflegeheim aufgenommen werden, gilt Absatz 1 ab dem Tag ihrer Aufnahme in das Heim mit folgenden Maßgaben:

- 1. Soweit das weitergeltende Heimentgelt in zwei Vergütungsklassen (I bis II) aufgeteilt ist, sind die pflegebedürftigen Heimbewohner der Pflegestufe I und II der Vergütungsklasse I und die pflegebedürftigen Heimbewohner der Pflegestufe III der Vergütungsklasse II zuzuordnen.**
- 2. Soweit das weitergeltende Heimentgelt in drei Vergütungsklassen (I bis III) aufgegliedert ist, sind die pflegebedürftigen Heimbewohner der Pflegestufe I der Vergütungsklasse I, die pflegebedürftigen Heimbewohner der Pflegestufe II der Vergütungsklasse II und die pflegebedürftigen Heimbewohner der Pflegestufe III der Vergütungsklasse III zuzuordnen.**
- 3. Soweit das weitergeltende Heimentgelt in vier Vergütungsklassen (I bis IV) aufgeteilt ist, gilt Nummer 2 mit der Maßgabe, daß der Vergütungsklasse IV die pflegebedürftigen Heimbewohner zuzuordnen sind, die als Härtefälle im Sinne des § 43 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch anerkannt sind. Das gleiche gilt für Heimbewohner, für die wegen eines außergewöhnlich hohen und intensiven Pflegeaufwands ein besonderer Zuschlag über die jeweils höchste Vergütungsklasse nach den Nummern 1 und 2 hinaus berechnet wird.**

(3) Während der Dauer der Übergangsregelung darf ein pflegebedürftiger Heimbewohner nur dann einer höheren Vergütungsklasse zugeordnet werden, wenn er durch einen neuen Leistungsbescheid seiner Pflegekasse einer höheren Pflegestufe zugeordnet worden ist. Für die Zuordnung zu einer höheren Vergütungsklasse gilt in diesem Fall Absatz 2 entsprechend.

(4) Soweit ein Pflegeheim bereits vor dem 1. Juli 1996 eine Vergütungsvereinbarung nach dem Achten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch abgeschlossen hat, gelten die darin vereinbarten Vergütungssätze von dem vereinbarten Zeitpunkt an.

Entwurf

§ 3

*Umrechnung des pflegesatzwirksamen Betrages
in Pflegeklassen*

(1) Der pflegesatzwirksame Betrag ist in nach Pflegeklassen abgestufte Pflegesätze im Sinne des § 84 Abs. 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie in eine allgemeine Vergütungsklasse 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 Vergütungsklasse 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 pflegesatzwirksame 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 Vergütungsklasse 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.

Beschlüsse des 11. Ausschusses

§ 3

**Unterrichtungspflicht des
Pflegeheims**

Das Pflegeheim hat den Heimbewohnern und ihren Kostenträgern (Pflegekasse, Sozialhilfeträger, sonstige öffentlich-rechtliche Kostenträger) bis spätestens zum 31. Juli 1996 die in dem nach § 2 Abs. 1 weitergeltenden Heimentgelt enthaltenen, nicht durch öffentliche Fördermittel gedeckten Investitionskostenanteile schriftlich mitzuteilen. Heimbewohnern, die nach dem 31. Juli 1996 in das Heim aufgenommen werden, ist die schriftliche Mitteilung nach Satz 1 bei ihrer Aufnahme in das Heim auszuhändigen.

§ 4

Zahlungen und Ausgleiche

(1) Der dem pflegebedürftigen Heimbewohner nach § 1 Abs. 1 zustehende Leistungsbetrag ist von seiner Pflegekasse mit befreiender Wirkung unmittelbar an den Träger des Pflegeheims zu zahlen. Maßgebend für die Höhe des zu zahlenden Leistungsbetrages ist der Leistungsbescheid der Pflegekasse, unabhängig davon, ob der Bescheid bestandskräftig ist oder nicht.

Entwurf

(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,

Beschlüsse des 11. Ausschusses

(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 nach § 2 Abs. 1 weitergeltende Heimentgelt in voller Höhe vorläufig weiter. Nach Bekanntgabe des Leistungsbescheides der Pflegekasse ist der darin festgelegte Leistungsbetrag dem Heimbewohner oder seinem vorläufigen Kostenträger rückwirkend ab 1. Juli 1996, bei späterer Aufnahme in das Pflegeheim ab Beginn seines Leistungsanspruchs zu erstatten; Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

- 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 Deutsche 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.

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

3. Nach Artikel 49a wird folgender Artikel eingefügt:**„Artikel 49b****Begrenzung der Vergütung
vollstationärer Pflegeeinrichtungen
in den Jahren 1996 bis 1998**

(1) Die nach Artikel 49a während der Übergangszeit vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 1997 geltenden Heimentgelte sowie die für die Zeit nach dem 30. Juni 1996 nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch vereinbarten oder festgesetzten Heimentgelte dürfen in den Jahren 1996, 1997 und 1998 nicht höher steigen als die für diese Jahre jeweils vorausgeschätzte, je Mitglied zu erwartende durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen gemäß § 270 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis 31. Dezember 1995 geltenden Fassung.

(2) Der Vorausschätzung nach Absatz 1 ist für das Jahr 1996 die am 31. Dezember 1995 bekannte Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen sowie der gesamtwirtschaftlichen Daten zugrunde zu legen. Für die Jahre 1997 und 1998 trifft das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung die Vorausschätzung jeweils zum 1. März eines jeden Jahres getrennt für das Beitrittsgebiet und das übrige Bundesgebiet; die Vorausschätzung wird im Bundesanzeiger bekanntgegeben.“

4. In Artikel 68 Abs. 3 werden das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „Buchstabe b“ die Wörter „und des Artikels 49a und 49b“ eingefügt.**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,

Artikel 3

unverändert

Entwurf

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 Empfehlungen 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.“

Beschlüsse des 11. Ausschusses

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 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, ist Hilfe zur Pflege zu gewähren. Hilfe zur Pflege ist auch Kranken und Behinderten zu gewähren, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen oder einen geringeren Hilfebedarf als nach Satz 1 haben; 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 der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, insbesondere ambulante oder teilstationäre Hilfen nicht zumutbar sind oder nicht ausreichen.“

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

(2) Die Hilfe zur Pflege umfaßt häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege. Der Inhalt der Hilfen nach Satz 1 bestimmt sich nach den Regelungen der Pflegeversicherung für die in § 28 Abs. 1 Nr. 1, 5 bis 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch aufgeführten Leistungen; § 28 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(3) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(4) Der Hilfebedarf des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen und vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

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

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

(6) Die Verordnung nach § 16 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Richtlinien der Pflegekassen nach § 17 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Verordnung nach § 30 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung nach § 75 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und die Vereinbarungen über die Qualitätssicherung nach § 80 des Elften Buches Sozialgesetzbuch finden zur näheren Bestimmung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit, des Inhalts der Pflegeleistung, der Unterkunft und Verpflegung und zur Abgrenzung, Höhe und Anpassung der Pflegegelder nach § 69 a entsprechende Anwendung.“

1a. Dem § 69 wird folgender Satz angefügt:

„In einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung oder in einer Einrichtung zur

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

- teilstationären Betreuung erhalten Pflegebedürftige keine Hilfen zur häuslichen Pflege.“
- 1b. Dem § 69 a wird folgender Absatz angefügt:
- „(5) Der Anspruch auf das Pflegegeld setzt voraus, daß der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die erforderliche Pflege in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Besteht der Anspruch nach den Absätzen 1 bis 3 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen.“
2. In § 69 c 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 § 69 b Abs. 1 anzurechnen.“
2. unverändert

Artikel 4 a

Änderung des Bundesversorgungsgesetzes

§ 26 c des Bundesversorgungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 15. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1824) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:
- „Hilfe zur Pflege ist auch Kranken und Behinderter zu gewähren, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen oder einen geringeren Hilfebedarf als nach Satz 1 haben; 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 der Besonderheit des Einzelfalles erforderlich ist, insbesondere ambulante oder teilstationäre Hilfen nicht zumutbar sind oder nicht ausreichen.“
2. Nach Absatz 1 wird folgender neuer Absatz eingefügt:
- „(2) Die Hilfe zur Pflege umfaßt häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege. Der Inhalt der Hilfen nach Satz 1 bestimmt sich nach den Regelungen der Pflegeversicherung für die in § 28 Abs. 1 Nr. 1, 5 bis 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch aufgeführten Leistungen; § 28 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“
3. Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3 und wie folgt geändert:
- Nach Nummer 3 werden das Komma durch einen Punkt ersetzt und Nummer 4 aufgehoben.

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

4. Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.
5. Der bisherige Absatz 5 wird aufgehoben.
6. Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5 und wie folgt geändert:

Nach den Wörtern „Gewöhnliche und“ wird das Wort „regelmäßig“ eingefügt, und in Nummer 3 wird nach den Wörtern „Verlassen und“ das Wort „das“ gestrichen.

7. Absatz 6 Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Die Verordnung nach § 16 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Richtlinien der Pflegekassen nach § 17 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Verordnung nach § 30 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung nach § 75 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und die Vereinbarungen über die Qualitätssicherung nach § 80 des Elften Buches Sozialgesetzbuch finden zur näheren Bestimmung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit, des Inhalts der Pflegeleistung, der Unterkunft und Verpflegung und zur Abgrenzung, Höhe und Anpassung der Pflegegelder nach Absatz 8 entsprechende Anwendung.“

8. Dem Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:

„In einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung oder in einer Einrichtung zur teilstationären Betreuung erhalten Pflegebedürftige keine Hilfen zur häuslichen Pflege.“

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 5

unverändert

Artikel 6

unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 11. Ausschusses

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 treten mit Wirkung vom 1. April 1995 in Kraft.

Artikel 7
Inkrafttreten

(1) unverändert

(2) Artikel 1 Nr. 19 **Buchstabe a Doppelbuchstabe aa, Buchstabe b und c tritt** mit Wirkung vom 1. April 1995, **Artikel 1 Nr. 32 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1995** in Kraft.

Bericht des Abgeordneten Karl-Josef Laumann

A. Allgemeiner Teil

I. Zum Beratungsverfahren

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf Drucksache 13/3696 in seiner 86. Sitzung am 8. Februar 1996 in erster Lesung beraten und dem Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung zur federführenden Beratung sowie dem Ausschuß für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, dem Ausschuß für Gesundheit und dem Rechtsausschuß zur Mitberatung überwiesen. Den Gesetzentwurf auf Drucksache 13/99 hat der Deutsche Bundestag in seiner 21. Sitzung am 16. Februar 1995 in erster Lesung beraten und dem Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung zur federführenden Beratung und dem Ausschuß für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie dem Ausschuß für Gesundheit zur Mitberatung überwiesen.

Aus Gründen der Dringlichkeit hat der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 13/99 in seiner 19. Sitzung am 28. Juni 1995 zu einem Gesichtspunkt des Gesetzentwurfs eine Entschließung angenommen (vgl. Erste Beschlußempfehlung und Erster Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung – Drucksache 13/1845). Der Deutsche Bundestag hat diese Beschlußempfehlung in seiner 47. Sitzung am 29. Juni 1995 in der vom Ausschuß vorgeschlagenen Fassung angenommen (siehe Plenarprotokoll 13/47, S. 3916 A).

Der Ausschuß für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat am 10. Mai 1995 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Gruppe der PDS bei Enthaltung der Fraktion der SPD beschlossen, dem federführenden Ausschuß die Ablehnung des Gesetzentwurfs zu empfehlen. In seiner Sitzung am 13. März 1996 hat der Ausschuß mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie der Gruppe der PDS beschlossen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 13/3696 in der durch Annahme der Änderungsanträge der Fraktion der SPD geänderten Fassung abzulehnen. Zuvor waren die Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mehrheitlich abgelehnt, die der Fraktion der SPD mehrheitlich angenommen worden. Die Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. waren für erledigt erklärt worden.

Der Ausschuß für Gesundheit hat in seiner Sitzung am 13. März 1996 ebenfalls beschlossen, dem Gesetzentwurf auf Drucksache 13/3696 in der Fassung der Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen mit der Mehrheit der Stimmen der Fraktionen der

CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie der Gruppe der PDS zuzustimmen. Den Gesetzentwurf auf Drucksache 13/99 hat er nicht mehr behandelt.

Der Rechtsausschuß hat in seiner Sitzung am 13. März 1996 folgenden Beschluß gefaßt:

„Der Rechtsausschuß erhebt einstimmig bei sieben Enthaltungen aus den Fraktionen der CDU/CSU, F.D.P. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie der Gruppe der PDS keine verfassungsrechtlichen Bedenken gegen den Gesetzentwurf. Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung wird gebeten, die in den §§ 36 und 71 (4) SGB XI-ÄndG vorgesehene Abgrenzung zur Vermeidung von Konflikten und Prozessen schärfer zu fassen.“

Das Votum des Rechtsausschusses wurde im federführenden Ausschuß kontrovers bewertet. Ein Antrag der Fraktion der SPD, die zweite und dritte Lesung des Gesetzentwurfs zu verschieben, um im Ausschuß die Einwände und Bedenken des Rechtsausschusses – die man außerordentlich ernst nehmen – sachgerecht beraten zu können, wurde mit der Mehrheit der Koalitionsfraktionen abgelehnt. Statt dessen wurde mit der Mehrheit der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Gruppe der PDS beschlossen, daß der federführende Ausschuß in Kenntnis und nach ausführlicher Beratung des Votums des Rechtsausschusses der Auffassung sei, daß eine schärfere Formulierung, wie sie der Rechtsausschuß vorschlägt, nicht erforderlich und auch nicht möglich sei, weil die Vorschrift ausreichend scharf formuliert sei. Eine weitere Befassung mit dem Votum erübrige sich daher.

Deswegen meine man, der Bitte des Rechtsausschusses nicht weiter entsprechen zu müssen.

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung hat den Gesetzentwurf auf Drucksache 13/99 in seinen Sitzungen am 15. März 1995 (7. Sitzung), 21. Juni 1995 (16. Sitzung), 18. Juni 1995 (19. Sitzung), 20. September 1995 (21. Sitzung), 6. März 1996 (45. Sitzung), 11. März 1996 (47. Sitzung) und am 13. März 1996 (48. Sitzung) beraten. In seiner Sitzung am 20. September 1995 hat er eine am 28. Juni 1995 beschlossene öffentliche Anhörung durchgeführt. In derselben Sitzung hat er zudem die oben erwähnte erste Beschlußempfehlung beschlossen.

Den Gesetzentwurf auf Drucksache 13/3696 hat der Ausschuß in seinen Sitzungen am 9. Februar 1996 (41. Sitzung), 28. Februar 1996 (43. Sitzung), 28. Februar 1996 (44. Sitzung), 6. März 1996 (45. Sitzung), 11. März 1996 (47. Sitzung) und am 13. März 1996 (48. Sitzung) beraten. Gemäß einem Beschluß in

der Sitzung am 9. Februar 1996 hat er am 28. Februar 1996 eine öffentliche Anhörung zu dem Gesetzentwurf durchgeführt.

In der Sitzung am 13. März 1996 hat der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung die beiden Gesetzentwürfe und die vorliegenden Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P., der Fraktion der SPD und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abschließend beraten und mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie der Gruppe der PDS beschlossen, dem Gesetzentwurf auf Drucksache 13/3696 in der Fassung der vorstehend abgedruckten Zusammenstellung zuzustimmen. Gleichzeitig wurde der Gesetzentwurf auf Drucksache 13/99 für erledigt erklärt.

In der Schlußberatung keine Mehrheit gefunden haben nachfolgend abgedruckte Änderungsanträge der Fraktion der SPD:

„1. Nach § 13 Abs. 4 werden folgende Absätze 5 und 6 eingefügt:

„(5) Werden Maßnahmen der Eingliederungshilfe in vollstationären Einrichtungen durchgeführt, die nach § 72 SGB XI als Pflegeeinrichtungen zugelassen sind, übernimmt der Träger der Sozialhilfe im Verhältnis zum pflegebedürftigen Behinderten die Gesamtleistung der Pflege und der Eingliederungshilfe. Die Pflegekasse erstattet dem Träger der Sozialhilfe die Kosten für den pflegerischen Versorgungsaufwand des nach dem SGB XI als pflegebedürftig anerkannten Behinderten in Form einer Pauschale. Die Pauschale errechnet sich dadurch, daß

1. von den auf den einzelnen Pflegebedürftigen entfallenen Kosten für die Gesamtleistung nach Satz 1 die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die nicht durch öffentliche Förderung nach § 82 Abs. 3 Satz 1 gedeckten Aufwendungen abgezogen werden, und
2. 20 vom Hundert der nach Nr. 1 verbleibenden Kosten als pflegerischer Versorgungsaufwand festgelegt werden.

(6) Die Pflegekassen und der Träger der Sozialhilfe sollen Pauschalen nach Absatz 5 vereinbaren. Kommen derartige Vereinbarungen nicht bis zum 31. Dezember 1996 zustande, wird das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Bestimmungen zur Festsetzung der Pauschalen zu erlassen.'

2. Artikel 1 Nr. 22 wird gestrichen.
3. In § 71 SGB XI werden folgende Absätze 3 und 4 angefügt:

„(3) Die fachlichen Voraussetzungen für die Anerkennung als Pflegefachkraft in ambulanten

und stationären Pflegeeinrichtungen erfüllen insbesondere staatlich anerkannte Krankenschwestern oder Krankenpfleger, Kinderkrankenschwestern oder Kinderkrankenpfleger und nach Landesrecht anerkannte Altenpflegerinnen oder Altenpfleger. In Einrichtungen für behinderte Menschen werden die Voraussetzungen auch von staatlich anerkannten Heilerziehungspflegerinnen oder Heilerziehungspflegerern, staatlich anerkannten Heilerzieherinnen oder Heilerziehern, die behinderte Menschen versorgen, erfüllt. Pflegefachkräfte müssen eine praktische Berufserfahrung in ihrem erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre nachweisen können.

(4) Werkstätten für Behinderte, Sonderkindergärten, Sonderschulen und andere vergleichbare teilstationäre Einrichtungen, in denen Maßnahmen der Eingliederungshilfen durchgeführt werden, sind keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Elften Buches.'

4. In Artikel 1 werden Nr. 25 a) und b) gestrichen.

5. In Artikel 4 wird Nr. 2 gestrichen.

6. Nach § 77 SGB XI wird folgender § 77 a SGB XI angefügt:

§ 77 a

Selbstangestellte Pflegekräfte

(1) In geeigneten Fällen können die Pflegekassen unter Beteiligung des zuständigen Trägers der Sozialhilfe auch Verträge mit einem pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegestufe II oder III über die Sicherstellung der häuslichen Pflegesachleistung für die eigene Person abschließen.

(2) Ein Vertrag nach Absatz 1 darf nur abgeschlossen werden, wenn der Versicherte eine oder mehrere geeignete Pflegekräfte in sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen beschäftigt, für die er Lohnsteuer und Sozialversicherungsbeiträge abführt, die ordnungsgemäße Einstellung und Anleitung der Pflegekräfte sicherstellt und die Abwicklung der hiermit verbundenen Verwaltungsaufgaben gewährleistet.

(3) Die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Verbände von Versicherten, die Verträge nach Absatz 1 abschließen, vereinbaren Grundsätze für den Abschluß solcher Verträge, die Qualitätssicherung, die Wirtschaftlichkeit und die Durchführung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

(4) Ein Vertrag nach Absatz 1 soll nicht abgeschlossen werden, wenn eine mit dem Versicherten verwandte oder verschwägerte Person oder eine Pflegeperson im Sinne des § 19 die notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung des Versicherten sicherstellt.'

7. In Artikel 3 wird vor dem bisherigen Text eingefügt:

§ 37 (Häusliche Krankenpflege) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift ‚Häusliche Krankenpflege‘ wird in ‚Krankenpflege‘ geändert und in Absatz 1 werden die Wörter ‚ihrer Familien‘ durch die Wörter ‚in einem anderen Haushalt, in den sie aufgenommen sind,‘ ersetzt.

b) Nach Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

‚Die Führung eines eigenen Haushalts kommt auch in Betracht, wenn der Versicherte in einem Altenwohnheim, Altenheim, einem Wohnheim für Behinderte oder einer vergleichbaren Einrichtung lebt und dort eine häusliche, wohnungsmäßige, familiäre Wirtschaftsführung sichergestellt ist.‘

c) In Absatz 2 werden die Wörter ‚in ihrem Haushalt oder ihrer Familie‘ durch die Wörter ‚in einem Haushalt i. S. d. Abs. 1 oder in einem Pflegeheim i. S. d. § 71 Abs. 2 SGB XI‘ ersetzt.

8. Der bisherige Text von Artikel 3 wird Artikel 3 Nr. 2.

9. In Artikel 4 wird § 68 Abs. 1 Satz 2 wie folgt gefaßt:

‚Hilfe zur Pflege ist auch Kranken und Behinderten zu gewähren, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen, einen geringen Hilfebedarf als nach Satz 1 haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als nach Absatz 5 bedürfen.‘

10. In Artikel 1 wird in allen Vorschriften des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) die Bezugnahme auf die medizinische Behandlungspflege als redaktionelle Folgeänderung gestrichen.“

Ebenfalls keine Mehrheit erhielten die folgenden Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN:

„1. Artikel 1 Nr. 3 wird gestrichen.

2. In Artikel 1 Nr. 4 wird der Satz 2 nach dem Semikolon („sie umfassen in . . .“) gestrichen.

3. Nach Artikel 1 Nr. 4 werden folgende Nummern 4 a, 4 b und 4 c eingefügt:

4 a. § 13 Abs. 4 SGB XI wird wie folgt gefaßt:

‚Treffen Pflegeleistungen mit weitergehenden Pflegeleistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz zusammen, sollen die Pflegekassen und der Träger der Sozialhilfe vereinbaren, daß im Verhältnis zum Pflegebedürftigen nur eine Stelle die Leistungen übernimmt und die andere Stelle die Kosten der von ihr zu tragenden Leistungen erstattet.‘

4 b. Nach § 13 Abs. 4 SGB XI werden folgende Absätze 5 und 6 eingefügt:

‚(5) Werden durch ambulante Dienste oder vollstationäre Einrichtungen, die nach § 72 SGB XI als Pflegeeinrichtungen zugelassen sind, Leistungen der Eingliederungshilfe für

Behinderte erbracht, übernimmt der Träger der Sozialhilfe im Verhältnis zum Pflegebedürftigen die Gesamtleistung der Pflege und der Eingliederungshilfe. Die Pflegekasse erstattet dem Sozialhilfeträger für den pflegerischen Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit im Rahmen der ambulanten Eingliederungshilfe benötigt, die Kosten bis zur Höhe der für die ambulante Pflege vorgesehenen Vergütung nach § 89 SGB XI. Erhält der Pflegebedürftige vollstationäre Eingliederungshilfe, erfolgt die Kostenerstattung durch die Pflegekasse an den Sozialhilfeträger bis zur Höhe des nach Maßgabe des § 84 SGB XI für die jeweilige Pflegeklasse vorgesehenen Pflegesatzes, soweit die Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht bereits durch die Inanspruchnahme vorrangiger Leistungen bei häuslicher Pflege (§§ 36 ff. SGB XI) ausgeschöpft sind. Die jährlichen Ausgaben der Pflegekassen zur Kostenerstattung nach Satz 3 dürfen 20 % des jährlichen Gesamtaufwandes nicht übersteigen, den die Träger der Sozialhilfe im Vorjahr für die vollstationäre Eingliederungshilfe erbracht haben.

(6) Die Pflegekassen und der Träger der Sozialhilfe sollen Pauschalen für die Kosten vereinbaren, die die Pflegekassen dem Träger der Sozialhilfe nach Absatz 5 Satz 2 und 3 zu erstatten haben. Kommen derartige Vereinbarungen nicht bis zum 31. Dezember 1996 zustande, wird das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zur Festsetzung der Kostenpauschalen zu erlassen.‘

4 c. Artikel 1 Nr. 22 wird gestrichen.

5. In § 71 SGB XI werden folgende Absätze 3 und 4 eingefügt:

‚(3) Die fachlichen Voraussetzungen für eine verantwortliche Pflegefachkraft in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen erfüllen insbesondere staatlich anerkannte Krankenschwestern oder Krankenpfleger, Kinderkrankenschwestern oder Kinderkrankenpfleger und nach Landesrecht anerkannte Altenpflegerinnen oder Altenpfleger. In Einrichtungen für behinderte Menschen werden die Voraussetzungen auch von staatlich anerkannten Heilerziehungspflegerinnen oder Heilerziehungspflegern, staatlich anerkannten Heilerzieherinnen oder Heilerziehern, staatlich anerkannten Heilpädagoginnen oder Heilpädagogen oder vergleichbaren Berufsgruppen, die behinderte Menschen versorgen, erfüllt. Pflegefachkräfte müssen eine praktische Berufserfahrung in ihrem erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre nachweisen können.

(4) Werkstätten für Behinderte, Kindergärten, Schulen und andere vergleichbare teilstationäre Einrichtungen der Rehabilitation und Erziehung sind keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Elften Buches.‘

6. Artikel 1 Nr. 25 wird wie folgt neu gefaßt:

Nach § 77 SGB XI wird folgender § 77 a SGB XI angefügt:

§ 77 a

Selbstangestellte Pflegekräfte

(1) In geeigneten Fällen können die Pflegekassen unter Beteiligung des zuständigen Trägers der Sozialhilfe auch Verträge mit einem pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegestufe II oder III über die Sicherstellung der häuslichen Pflegesachleistung für die eigene Person abschließen.

(2) Ein Vertrag nach Absatz 1 darf nur abgeschlossen werden, wenn der Versicherte eine oder mehrere geeignete Pflegekräfte in sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen beschäftigt, für die er Lohnsteuer und Sozialversicherungsbeiträge abführt, die ordnungsgemäße Einstellung und Anleitung der Pflegekräfte sicherstellt und die Abwicklung der hiermit verbundenen Verwaltungsaufgaben gewährleistet.

(3) Die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Verbände von Versicherten, die Verträge nach Absatz 1 abschließen, vereinbaren Grundsätze für den Abschluß solcher Verträge, die Qualitätssicherung, die Wirtschaftlichkeit und die Durchführung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

(4) Ein Vertrag nach Absatz 1 soll nicht abgeschlossen werden, wenn eine mit dem Versicherten verwandte oder verschwägerte Person oder eine Pflegeperson im Sinne des § 19 die notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung des Versicherten sicherstellt.

8. Artikel 1 Nr. 30 Buchstabe b (zu § 89 SGB XI) wird wie folgt neu gefaßt:

„Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden. Die Vergütungen für zeitintensive Pflegeleistungen bei behinderten Menschen sollen entsprechend dem erforderlichen Zeitaufwand bemessen werden. Sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrtkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden. § 84 Abs. 4 Satz 2, § 85 Abs. 3 bis 7 oder § 86 gelten entsprechend.“

In die Ausschußberatungen hat der Ausschuß auch die bei ihm verzeichneten und auf den Ausschuß-Drucksachen 68, 421 und 454 verteilten Petitionen einbezogen und zu mehreren Petitionen eine Stellungnahme nach § 109 GO-BT abgegeben, um die der Petitionsausschuß den Ausschuß gebeten hatte. Dabei konnte über die Regelungen des Gesetzentwurfs in der vom Ausschuß verabschiedeten Fassung hinausgehenden Wünsche nicht entsprochen werden.

II. Zum Inhalt der Gesetzentwürfe

Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 13/99

Der Gesetzentwurf auf Drucksache 13/99 schlägt im einzelnen folgende Regelungen vor:

- das Ruhen der Leistungen bei Auslandsaufenthalt (§ 34 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI) aufzuheben,
- die Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) in geeigneten Fällen auch durch eigene Pflegebetriebe der Pflegebedürftigen erbringen zu können und
- die Notwendigkeit der ständigen Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft für ambulante Pflegeeinrichtungen (§ 71 Abs. 1 SGB XI) zu ergänzen durch die Möglichkeit der Verwendung anderer geeigneter Fachkräfte.

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. auf Drucksache 13/3696

Der Gesetzentwurf enthält vornehmlich 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 verfahrensmäßigen 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 2. 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.

III. Öffentliche Anhörungen

Öffentliche Anhörung am 20. September 1995

Im Laufe seiner Beratungen hat der Ausschuß entsprechend seinem in der 19. Sitzung am 28. Juni 1995 gefaßten Beschluß am 20. September 1995 eine Anhörung zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 13/99 durchgeführt.

Der Themenkatalog der Anhörung umfaßte die Punkte:

1. Qualifikation der Pflegekräfte (§ 71 Abs. 1 SGB XI)
2. Ruhen der Leistungsansprüche bei Auslandsaufenthalt (§ 34 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI)
3. Pflegebedürftige als Arbeitgeber ihrer Pflegekräfte (Arbeitgebermodell)
4. Verhältnis zwischen Leistungen der Sozialhilfe und Leistungen der Pflegeversicherung (z. B. Eingliederungshilfe, ergänzende Sozialhilfeleistungen)
5. Pflichtpflegeeinsätze gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI
6. Besitzschutzregelungen gemäß Artikel 51 PflegeVG
7. Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Vom Ausschuß angehört wurden:

Träger der Pflegekassen

- AOK-Bundesverband
- Verband der Angestellten-Ersatzkassen (VdAK)
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
- Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Kommunale Spitzenverbände

- Deutscher Landkreistag
- Deutscher Städtetag
- Deutscher Städte- und Gemeindebund
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge
- Friedrich Graffe (Vertreter eines örtlichen Sozialhilfeträgers)

Behinderten- und Betroffenenverbände

- Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und Sozialrentner e. V. (VdK)
- Reichsbund der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten, Sozialrentner und Hinterbliebenen e. V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e. V.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V.
- Interessenvertretung „Selbstbestimmt Leben“ in Deutschland e. V.
- Allgemeiner Behindertenverband in Deutschland e. V.
- Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V.
- Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e. V.

Anbieter von Pflegeleistungen

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
- Deutscher Caritasverband
- Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Deutsches Rotes Kreuz
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe
- Bundesverband ambulante Dienste e. V.
- Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und sozialer Dienste
- Arbeitgeberverband ambulante Pflegedienste

Hinsichtlich der Detailergebnisse der Anhörung wird auf das Wortprotokoll der 21. Sitzung des Ausschusses und die als Ausschuß-Drucksachen (Nummern 211, 214, 215 und 216) verteilten schriftlichen Stellungnahmen verwiesen.

Zur Frage der Qualifikation der Pflegekräfte (§ 71 Abs. 1 SGB XI) sprachen sich vor allem die Vertreter der Betroffenenverbände dafür aus, in bestimmten Fällen die fachliche Leitung von Pflegeeinrichtungen auch Sozialarbeitern, Sozialpädagogen, Heilpädagogen etc. übertragen zu können. Auch die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege wandten sich gegen eine zu starke Eingrenzung von Berufsgruppen als „verantwortliche Pflegefachkräfte“. Der VdAK verlangte eine Klarstellung, daß die Qualifikation der Fachkräfte sich an den Zielen des § 2 Abs. 1 SGB XI zu orientieren habe und nicht auf medizinisch-hauspflegerische Ausbildung beschränkt sein solle. Für

eine funktionsbezogene und den spezifischen Anforderungen der pflegebedürftigen Personengruppen gerecht werdende Auslegung des Begriffs der „ausgebildeten Pflegefachkraft“ sprach sich der Deutsche Caritasverband aus.

Demgegenüber vertrat der Arbeitgeberverband ambulanter Pflegedienste die Auffassung, daß für ambulante Pflegedienste als verantwortliche Pflegefachkraft nur die in den Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 80 SGB XI genannten Berufsgruppen (Kranken- bzw. Kinderkrankenschwester, Altenpfleger mit staatlicher Anerkennung) zugelassen werden sollten. Nur das in diesen Berufen vorhandene Fachwissen könne eine qualitativ hochwertige, dem neuesten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Pflege gewährleisten.

Die Spitzenverbände der Träger der Pflegeversicherung plädierten vorrangig für eine gesetzliche Klarstellung der Frage, wer als Pflegefachkraft im Sinne des Gesetzes anzusehen sei. Zudem wiesen sie darauf hin, daß eine Ausweitung des Begriffs der Pflegefachkraft zwar zu weiteren Entlastungen der Sozialhilfe führen werde, aber in der Pflegeversicherung nicht kostenneutral zu realisieren sei.

Bezüglich der Begutachtungstätigkeit des Medizinischen Dienstes kritisierten Betroffenenverbände insbesondere Unzulänglichkeiten bei der Begutachtung von geistig Behinderten, behinderten Kindern sowie demenziell erkrankten Menschen. Demgegenüber stellten die Vertreter des Medizinischen Dienstes fest, daß es ihnen gelungen sei, das Pflege-Versicherungsgesetz adäquat umzusetzen. Die im Pflege-Versicherungsgesetz definierten Kriterien und die von den Pflegekassen gemäß § 17 SGB XI beschlossenen Richtlinien zur näheren Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit, der Pflegestufen und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit hätten sich als geeignet erwiesen. In diesem Zusammenhang wurde von Betroffenenverbänden (VdK) der enge verrichtungsbezogene Pflegebegriff sowie die zeitlichen Mindestgrenzen für den verrichtungsbezogenen Pflegebedarf kritisiert. Durch die stärkere Einbeziehung von geeigneten Fachkräften der Behindertenhilfe solle die Begutachtung von geistig und seelisch behinderten Menschen verbessert werden.

Von einigen Wohlfahrtsverbänden nachdrücklich angemahnt wurde das unverzügliche Inkrafttreten der Härtefallrichtlinien, wobei auf die Beschränkung auf 3 % bzw. 5 % verzichtet werden solle. Der Paritätische Wohlfahrtsverband hielt eine Überarbeitung der Begutachtungsanleitung unter Einbeziehung von Fachorganisationen der Behinderten- und Gesundheitsselfhilfe für dringend geboten, da diese hilfreiche Informationen zur Begutachtung von behinderten Kindern und geistig oder seelisch behinderten Erwachsenen geben könnten.

Kritisch wies der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge darauf hin, daß es nach den Erfahrungen der ersten Monate zu erheblichen Unterschieden bei der Zuordnung zu den einzelnen Pflegestufen in den einzelnen Bundesländern und

zwischen verschiedenen medizinischen Diensten komme. Hinzu komme die unterschiedlich hohe Zahl der abgelehnten Anträge.

Nachdrücklich plädierten vor allem Betroffenenverbände und Verbände der Freien Wohlfahrtspflege dafür, Regelungen zu schaffen, damit das sog. „Arbeitgebermodell“ weitergeführt werden könne. Die Sicherstellung ihrer Pflege im Rahmen des Arbeitgebermodells sei für viele behinderte Menschen eine entscheidende Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben. Dieses Modell entspreche in hohem Maße der Zielsetzung des SGB XI, wonach die Leistungen der Pflegeversicherung dem pflegebedürftigen helfen sollen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen (§ 2 SGB XI).

Auch die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände bewertete das Arbeitgebermodell als besonders geeignet, um dem pflegebedürftigen zu ermöglichen, ein weitgehend selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Mit Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes könnten allerdings angemessene Aufwendungen der Pflegepersonen nach § 69 b Abs. 1 BSHG jedoch insoweit nicht mehr übernommen werden, als der pflegebedürftige in der Lage sei, entsprechende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften in Anspruch zu nehmen. Nach ihrer Ansicht könne das Arbeitgebermodell im Rahmen der Pflegeversicherung auch weiterhin gewährleistet werden, wenn von den Pflegekassen mit den vom pflegebedürftigen beschäftigten Pflegekräften seines Vertrauens Verträge nach § 77 Abs. 1 SGB XI geschlossen würden, da in einem solchen Fall die Vergütung der Pflegekraft über die Sachleistung der Pflegeversicherung erfolgen könne.

Als notwendig betrachteten die Freien Wohlfahrtsverbände gesetzliche Klarstellungen in bezug auf das rechtliche Verhältnis zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung. Insbesondere sprachen sie sich dafür aus, daß Leistungen des Pflege-Versicherungsgesetzes neben Leistungen der Eingliederungshilfe geltend gemacht werden können sollten, soweit die Voraussetzungen der §§ 14 ff. SGB XI erfüllt seien. Nach Ansicht des Deutschen Caritasverbandes müsse sichergestellt werden, daß für Menschen mit Behinderungen, bei denen die Voraussetzungen nach § 14 SGB XI vorlägen, der Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung einerseits aufgrund restriktiver Auslegung des Gesetzes nicht verkürzt werde und andererseits eine ganzheitliche Hilfeleistung in der fachlich gebotenen Qualität erhalten bleibe. Die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen sei im Verhältnis zur Pflege die umfassende und weitergehende Hilfe, die Pflegeleistungen integriere. Sofern die Hilfe durch Einrichtungen erbracht werde, müßten pauschalierte Kostenerstattungsregelungen getroffen werden.

Dringenden Klärungsbedarf hinsichtlich des Zusammenspiels der Leistungen der Pflegeversicherung und der Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem BSHG sah auch der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge. Die Ansprüche der behinderten, pflegebedürftigen Menschen dürften nicht durch die Versuche einer engen Auslegung des Gesetzes einge-

schränkt werden. Es müsse außer Frage stehen, daß das SGB XI auch für pflegebedürftige Behinderte einen Anspruch auf Leistungen vorsähe. Diese Leistungen müßten auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die neben den Eingliederungshilfen auch Hilfen zur Pflege leisteten, gewährt werden können.

Nach Ansicht der Spitzenverbände der Pflegekassen umfaßt der Anspruch auf Eingliederungshilfe auch Leistungen zur Pflege. Dieser Anspruch solle von den Leistungen der Pflegeversicherung unberührt bleiben. Mit der Ansicht der Sozialhilfeträger, wonach für Pflegebedürftige, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht seien, die Pflegeversicherung generell die pflegebedingten Leistungen zu finanzieren habe, werde der Vorrang der häuslichen Pflege konterkariert. Eine sachgerechte Lösung bestehe darin, im Pflege-Versicherungsgesetz eindeutig zu regeln, daß Leistungen der Pflegeversicherung nicht während des Aufenthalts in einer Behinderteneinrichtung in Betracht kämen.

Im Gegensatz dazu verlangte die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, daß auch behinderte Pflegebedürftige bei der Inanspruchnahme rehabilitativer Eingliederungsmaßnahmen sowohl in teilstationären als auch in vollstationären Einrichtungen zur Abdeckung der notwendigen Pflegekosten Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben müßten. Welche ergänzenden Sozialhilfeleistungen zu erbringen seien, sei jeweils im Einzelfall zu entscheiden.

Zu den Pflegeeinsätzen gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI erneuerten die Pflegedienste ihre Ansicht, daß sie sich nicht als Kontrollinstanz sähen. Sie sahen auch eine mögliche Gefährdung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit. Auch aus straf- und datenschutzrechtlichen Bestimmungen sei es den Diensten nicht möglich, die Ergebnisse des Einsatzes ohne Zustimmung des Pflegebedürftigen an die Pflegekassen weiterzugeben. Von Betroffenenverbänden wurde vorgeschlagen, mit dem Instrument des § 37 Abs. 3 SGB XI flexibler zu verfahren. Generell solle überlegt werden, ob auf eine Kontrolle dann verzichtet werden könne, wenn nach Feststellung des MDK bei der Begutachtung das pflegerische Umfeld den Anforderungen gerecht werde. Einige der Betroffenenverbände wiesen darauf hin, daß die vorgesehenen Pflichtpflegeeinsätze von den meisten Betroffenen als Einmischung in ihre Privatsphäre und Ausdruck der Fremdbestimmung gewertet würden.

Auch die Spitzenverbände der Träger der Pflegeversicherung sahen Probleme im Zusammenhang mit den Pflichtpflegeeinsätzen, da die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen die Vorschrift als einen unnötigen Eingriff in das Vertrauensverhältnis zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen empfänden. Dementsprechend bestehe keine Motivation, die professionellen Pflegeeinsätze tatsächlich in Anspruch zu nehmen. Der daraus entstehende Überwachungsaufwand für die Pflegekassen stehe in keinem Verhältnis zum zu erwartenden Erfolg. Als völlig überzogen erachteten die Spitzenverbände die von den Pflegediensten für die Durchführung der Pflichtpflegeeinsätze geforderten Vergütungen zwischen 100 und 150 DM. Zum Schutz der Pflegebedürftigen vor derar-

tigen Forderungen seien auch für diesen Bereich Vergütungsvereinbarungen erforderlich.

Zahlreiche Betroffenenverbände (z. B. VdK, BAG Hilfe für Behinderte) sprachen sich dafür aus, die Ruhensvorschrift bei Auslandsaufenthalt ersatzlos zu streichen. Bei dauerndem Auslandsaufenthalt müsse zumindest die Geldleistung in das Ausland gezahlt werden.

Dagegen hielt der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge die in der Praxis getroffene Regelung, wonach der Leistungsanspruch bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt bis längstens sechs Wochen nicht ruhe, für ausreichend. Weitergehende Regelungen lehne er ab. Auch die Spitzenverbände der Träger der Pflegekassen plädierten dafür, es – wenn auch gesetzlich klargestellt – bei der Sechs-Wochen-Regelung zu belassen.

Von den meisten Verbänden als notwendig angesehen wurde, den Willen des Gesetzgebers hinsichtlich der in Artikel 51 PflegeVG verankerten Besitzschutzregelung gesetzlich klarzustellen.

Mit Nachdruck hoben die kommunalen Spitzenverbände hervor, daß sie sich zu keiner Zeit gegen eine Übergangsregelung mit Besitzstandswahrung für Pflegegeldempfänger in der Sozialhilfe, die auf der Grundlage des Pflege-Versicherungsgesetzes und der neu gefaßten Vorschriften über die Hilfe zur Pflege im BSHG in Zukunft keinen oder nur einen geringeren Anspruch auf Pflegegeld haben, ausgesprochen hätten. Man habe jedoch stets darauf hingewiesen, daß aus rechtsstaatlichen Grundsätzen, insbesondere wegen der Gleichbehandlung bereits jetzt Betroffener und künftig neu entstehender gleichgelagerter Fälle von Behinderungen und unter Berücksichtigung des die Sozialhilfe beherrschenden Bedarfsdeckungsprinzips, eine zeitliche Befristung dieser Besitzstandsleistungen erfolgen müsse.

Öffentliche Anhörung am 28. Februar 1996

Im Laufe seiner Beratungen hat der Ausschuß entsprechend seinem in der 41. Sitzung am 9. Februar 1996 gefaßten Beschluß am 28. März 1996 eine Anhörung zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 13/3696 durchgeführt.

Der Themenkatalog der Anhörung umfaßte die Punkte:

- Verhältnis zwischen Eingliederungshilfe und Leistungen der Pflegeversicherung
- Begriff der Pflegefachkraft, Abgrenzung von Pflegeeinrichtungen und sonstigen Einrichtungen
- Fortführung des Arbeitgebermodells
- BSHG-Leistungen im stationären Bereich auch bei Pflegestufe 0 und soweit die Pflegeversicherung nicht leistet
- Medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung im Pflegeheim
- Übergangsregelung für die Pflegeentgelte vollstationärer Pflegeeinrichtungen
- Sonstige Regelungen des Gesetzentwurfs

Vom Ausschuß angehört wurden:

Träger der Pflegekassen

- AOK-Bundesverband
- Verband der Angestellten-Ersatzkassen (VdAK)
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
- Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
- IKK-Bundesverband

Kommunale Spitzenverbände

- Deutscher Landkreistag
- Deutscher Städtetag
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge

Behinderten- und Betroffenenverbände

- Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und Sozialrentner e. V. (VdK)
- Reichsbund der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten, Sozialrentner und Hinterbliebenen e. V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e. V.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V.
- Interessenvertretung „Selbstbestimmtes Leben“ in Deutschland e. V.
- Allgemeiner Behindertenverband in Deutschland e. V.
- Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V.
- Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e. V.

Anbieter von Pflegeleistungen

- Arbeitgeberverband ambulante Pflegedienste
- Deutscher Caritasverband
- Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Deutsches Rotes Kreuz
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe
- Bundesverband ambulante Dienste e. V.
- Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und sozialer Dienste

Einzelsachverständige

- Professor Dr. Bernd Baron von Maydell
- Professor Dr. Wolfgang Rüfner
- Dr. Helmut Kallrath
- Wolfgang Römer

Hinsichtlich der Detailergebnisse der Anhörung wird auf das Wortprotokoll der 44. Sitzung des Ausschusses und die als Ausschuß-Drucksachen (Nummern 462, 464, 469, 470 und 481) verteilten schriftlichen Stellungnahmen verwiesen.

Der Deutsche Caritasverband betonte, daß der Gesetzentwurf einige zentrale Regelungen enthalte, die er ablehne, da sie für pflegebedürftige Menschen eine Schlechterstellung bedeuteten. Seine Ablehnung beziehe sich insbesondere auf den generellen Ausschluß von Leistungen nach dem SGB XI für pflegebedürftige behinderte Menschen, die in stationären Einrichtungen lebten und Eingliederungshilfe erhielten, die weitere finanzielle Belastung der Versicherten, die vorübergehend oder auf Dauer in stationären Einrichtungen lebten und dort Behandlungspflege erhielten, die Ausgestaltung der Kontrolle gegenüber Empfängern von Pflegegeld durch die Drohung mit der Kürzung oder Streichung der Leistung sowie die Beschränkung auf das Pflegegeld für behinderte Menschen, die als Arbeitgeber ihre Pflege selbst organisierten. Des weiteren lehne man Regelungen ab, die dirigistisch in die Gestaltungsfreiheit der Vertragspartner eingriffen, die Selbständigkeit der Träger von Pflegeeinrichtungen beschnitten sowie fachliche und praktische Erfordernisse außer acht ließen. Dies beziehe sich insbesondere auf die gesetzliche Festlegung von Preisen, eine einseitige Festlegung der Vergütungssystematik sowie einschränkende Vorgaben für die Entgeltverhandlungen, die Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft, die mit dem Versorgungsvertrag verbundene Verpflichtung zur Durchführung der Pflegeeinsätze bei Geldleistungsempfängern sowie die fehlende Rechtssicherheit beim Bestandsschutz.

Die Arbeiterwohlfahrt (AWO) forderte die Aufnahme der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in den Bundes-Pflegeausschuß und lehnte ebenfalls die Nichteinbeziehung von Einrichtungen der Behindertenhilfe in die Pflegeversicherung ab. Statt dessen befürworte sie eine pauschale Beteiligung der Pflegeversicherung an den Kosten für die Pflege in den Behinderteneinrichtungen gemäß dem Alternativentwurf der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege vom 17. Januar 1996. Ausdrücklich begrüßt wurde von der AWO die vorgesehene Regelung für pflegebedürftige bei Auslandsaufenthalt und die Weiterzahlung des Pflegegeldes z. B. bei einem Krankenhausaufenthalt. Auch sie wandte sich aber gegen die Ausgestaltung der Pflicht-Pflegeeinsätze. Die Pflicht-Pflegeeinsätze dienten der Beratung und nicht der Kontrolle. Da das festgestellte Entgelt für die Pflicht-Pflegesätze nicht den entstehenden Kosten entspreche, müsse sie die Vorschrift ablehnen. Ungenügend und nicht sachgerecht sei zudem die Begrenzung der Erstattungsbeträge für Ersatzpflegekräfte bei Verhinderung der Pflegeperson.

Ebenfalls als nicht sachgerecht bewertete sie die Einführung einer Preisvergleichsliste als Mittel des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des Angebots. Auch der Ausschluß landesweiter oder überregionaler Pflegesätze trage nicht zu wirtschaftlich günstigeren Pflegesätzen bei und sei daher nicht zu befürworten. Gleichfalls problematisch sei der Ausschluß von Vergütungen, die sich am Zeitbedarf orientierten sowie die Festsetzung des Vergütungssystems durch die Pflegekassen. Nachdrücklich abgelehnt wurde die vorgesehene Kostenregelung bei der medizinischen Behandlungspflege, da sie die Gleichbehandlung der Krankenkassenmitglieder verletze.

Der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband kritisierte, daß der vorliegende Gesetzentwurf das Ziel verfolge, die Pflegeversicherung vor allem hinsichtlich der Belange pflegebedürftiger behinderter Menschen weiter einzuschränken. Im Interesse einer gesicherten und ausreichenden Versorgung pflegebedürftiger Menschen lehne man zentrale Zielsetzungen bzw. Regelungen des Gesetzentwurfs ab. Hierzu gehörten insbesondere die systemwidrige Absicherung der Behandlungspflege im Rahmen der Pflegeversicherung, die Ausgestaltung der Pflegepflichtensätze als Kontrollinstrument, der teilweise Ausschluß behinderter Menschen bzw. bestimmter Einrichtungen der Behindertenhilfe aus dem Leistungsrahmen des SGB XI, die fehlende Absicherung des Arbeitgebermodells bei Pflege behinderter Menschen, die staatlichen Vorgaben zu Entgelten und Inhalten von Vereinbarungen, dirigistische Eingriffe in die Gestaltungsfreiheit der Vertragspartner, die nicht gerechtfertigten Begrenzungen bei der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege und die fehlende Rechtssicherheit beim Bestandschutz.

Keine Bedenken gegen die vorgeschlagene Regelung hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Eingliederungshilfe und Leistungen der Pflegeversicherung hatte der Bundesverband ambulante Dienste e. V. Als dringend erforderlich hielt der Verband eine Ergänzung des § 77, um dem Pflegebedürftigen die Möglichkeit zu nehmen, auf diesem Wege als Pflegedienst für sich selbst auftreten zu können. Grundsätzlich wende man sich gegen eine Einbeziehung der Behandlungspflege in das SGB XI. Es sei nicht einzusehen, warum die Pflegeversicherung Kosten tragen solle, die zum originären Bereich der Krankenversicherung gehörten. Entschieden wandte sich der Verband gegen die vorgesehene Regelung in § 72 Abs. 5, da damit nicht der Wettbewerb gefördert, sondern in diesen gesetzeswidrig eingegriffen werde. Ebenfalls gegen den Grundsatz der Förderung des Wettbewerbs verstoße die Festschreibung der Vergütung für die Pflegeeinsätze nach § 37. Es sei nicht einzusehen, warum diese nicht frei ausgehandelt werden könnten.

Das Diakonische Werk der EKD anerkannte einen grundsätzlichen Novellierungsbedarf; daher sei das Bemühen um entsprechende Klarstellungen im Interesse der pflegebedürftigen Menschen, ihrer Angehörigen und nicht zuletzt der Einrichtungen durchaus positiv zu bewerten. Dem vorliegenden Gesetzent-

wurf könne man indessen nur teilweise zustimmen. So sei z. B. die geplante Einbeziehung der medizinischen Behandlungspflege in das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung systemfremd. Letztlich würden damit die Kosten auf die Heimbewohner selbst bzw. die Sozialhilfe verschoben. Nicht akzeptiert werden könne des weiteren, daß zunehmend Kompetenzen auf Bundesministerien und Pflegekassen verlagert würden, so daß den Einrichtungen kaum unternehmerischer Handlungsspielraum im Sinne des gewünschten Wettbewerbs und den Pflegebedürftigen keine Möglichkeit der Mitsprache und Mitgestaltung bleibe. Man bedauere außerordentlich, daß der bereits zu Beginn des Jahres von allen Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege, Fachverbänden und Behindertenverbänden gemeinsam vorgelegte Alternativentwurf eines Gesetzes zur Änderung des Pflegeversicherungsgesetzes keine entsprechende Berücksichtigung gefunden habe.

Als fachlich geboten und sachlich zu begrüßen sei nach Ansicht des Deutschen Roten Kreuzes die Finanzierungsverpflichtung der Pflegekassen für die soziale Betreuung als Bestandteil vollstationärer Pflege. Umgekehrt halte man jedoch eine Reihe anderer Regelungen für verfehlt und z. T. kontraproduktiv. Dazu gehörten insbesondere die rechtssystematisch falsche Absicherung der Behandlungspflege im Rahmen der Pflegeversicherung, die Regelungen bzw. Ausgrenzung von Einrichtungen der Behindertenhilfe, die Präzisierung der Pflegeeinsätze als Kontrollinstrument sowie die Ungerechtigkeiten der Übergangsregelungen.

Die Spitzenverbände der Träger der Pflegeversicherung betonten, daß sie sich auch bei dem jetzt vorgelegten Änderungsgesetz im Zusammenhang mit der Einführung der 2. Stufe der Pflegeversicherung hinsichtlich der Leistungs- und Vertragsgestaltung der Pflegeversicherung von der Maxime leiten ließen, daß die Finanzverantwortung beim Gesetzgeber liege. An der Finanzstabilität müsse sich die Ausgestaltung des Leistungsrahmens messen lassen. Im Interesse der Rechtsklarheit begrüße man die vorgesehenen Regelungen über die Abgrenzung zwischen den Leistungen der Eingliederungshilfe und den Leistungen der Pflegeversicherung. Auch sähen sie in der Festlegung des Begriffs der Pflegefachkraft auf Krankenschwester oder Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester oder Kinderkrankenpfleger nach dem Krankenpflegegesetz oder Altenpflegerin oder Altenpfleger nach Landesrecht eine notwendige Klarstellung. Aus den gegenwärtig der Pflegeversicherung zur Verfügung stehenden Mitteln sei das Arbeitgebermodell allein nicht finanzierbar. Verträge mit Einzelpersonen nach § 77 SGB XI seien als Ausnahmeregelung zu verstehen. Die gesetzliche Klarstellung diene somit der Rechtssicherheit und schaffe Klarheit für alle Beteiligten. Begrüßt werde ferner die unmißverständliche gesetzliche Klarstellung über die Zuständigkeit der Träger der Sozialhilfe für Versicherte mit einem Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe I und damit ihrer Leistungsverpflichtung. Die Zuständigkeit der Pflegeversicherung für die Kostenübernahme der medizinischen Behandlungspflege und der Leistungen im Rahmen sozialer Betreuung schaffe ebenfalls Rechtssicherheit für die

Beteiligten und verankere das Prinzip des einheitlichen Leistungsrechts. In der gesonderten Übergangsregelung des Artikels 49a PflegeVG sahen die Spitzenverbände eine sachgerechte Übergangsregelung, die es erlaube, noch rechtzeitig vor dem 1. Juli 1996 entsprechende Vergütungsvereinbarungen mit den Pflegeeinrichtungen zu treffen. Zur Aufrechterhaltung der Pflegebereitschaft empfahlen sie, auch bei Gewährung der Leistungen häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V, für die Weiterzahlung des Pflegegeldes eine gesetzliche Grundlage zu schaffen und den Zahlungszeitraum dabei auf vier Wochen zu begrenzen.

Demgegenüber meinten sie, daß die vorgesehene Anwendung der Härtefall-Richtlinien durch die jeweilige Pflegekasse lediglich zu einer Verlagerung von der Bundesebene hin in die Verantwortung der einzelnen Pflegekassen führe. Die Regelung insgesamt werfe Fragen nach dem Gleichheitsgrundsatz auf. Von daher solle auf festgelegte Quotierungen verzichtet werden und eine Anerkennung als Härtefall sich allein an den in den Richtlinien festgelegten Kriterien ausrichten.

Von hohem Verwaltungsaufwand gekennzeichnet sei zudem die Kombination von monatlicher Höchstgrenze (bis zu 2 800 DM) und gleichzeitiger Berücksichtigung der kollektiven Jahreshöchstgrenze (30 000 DM jährlich). Auf diese wenig transparente und kaum praktikable durchschnittliche Begrenzung der Leistungsausgaben bei stationärer Pflege solle verzichtet werden.

Als sachgerecht wertete der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. bezogen auf die Einrichtungen der Eingliederungshilfe die in § 13 Abs. 4 und in § 71 Abs. 4 vorgesehenen Änderungen. Ebenfalls als vertretbar erachtete der Verband die Regelung in § 77 Abs. 1, da dadurch eine klare Abgrenzung zwischen berufsmäßiger Pflege durch Pflegedienste und ehrenamtlicher Pflege durch Angehörige, Freunde etc. getroffen werde. Der Verband habe bereits in früheren Stellungnahmen darauf hingewiesen, daß es nicht dazu kommen dürfe, daß die Auszahlung der gegenüber dem Pflegegeld höheren Sachleistung nur noch von der Begründung eines Arbeitsverhältnisses zwischen Pflegebedürftigem und Pflegekraft abhängig gemacht werde.

Die besondere Pflegesituation in Pflegeheimen mit ihrer umfassenden Betreuung rechtfertige es, Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung neben den rein pflegebedingten Aufwendungen als zu Lasten der Pflegeversicherung berechnungsfähig anzuerkennen. Wünschenswert sei allerdings eine gesetzliche Definition der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung, um klarzustellen, daß beides originäre Leistungen des Pflegeheimes seien. Für den Fall, daß das Heim externe Leistungserbringer beauftrage, müsse zudem klargestellt werden, daß es sich gleichwohl um eine Leistung des Pflegeheimes handle.

Nach Auffassung der Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände werde mit dem vorliegenden Gesetzentwurf viel mehr pflegebedürftigen

Menschen als angenommen der Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung verwehrt; sie blieben daher weiter auf Sozialhilfe angewiesen. Die den Kommunen seit Jahren im Zusammenhang mit der Übertragung neuer Aufgaben zugerechneten finanziellen Entlastungen durch die Pflegeversicherung würden bei weitem nicht die anvisierten Beträge erreichen. Unter dem Strich würden die Kommunen wieder einmal draufzahlen müssen. Obwohl die Kommunen aufgrund der begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung in erheblichem Umfang an der Finanzierung der Pflege beteiligt blieben, verwehre ihnen das Pflege-Versicherungsgesetz eine qualifizierte Mitwirkung bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen für die Pflege und die Pflegevergütungen. Erhebliche, insbesondere verfassungsrechtliche Bedenken äußerten die Kommunalen Spitzenverbände gegen den Ausschluß von behinderten Menschen in Einrichtungen der vollstationären Behindertenhilfe von Leistungen der Pflegeversicherung. Diese Regelung sei um so unverständlicher, als durch die Grundgesetzänderung vom 27. Oktober 1994 aufgrund eines allgemeinen politischen und gesellschaftlichen Konsenses für Behinderte ein Benachteiligungsverbot in das Grundgesetz aufgenommen worden sei.

Nach Meinung des VdK werde mit dem vorliegenden Gesetzentwurf vorrangig das Ziel verfolgt, die Pflegeversicherung vor finanziellen Mehrbelastungen zu schützen. Diese Zielsetzung lasse sich vielfach mit den berechtigten Interessen pflegebedürftiger behinderter und alter Menschen nicht vereinbaren. Es gelinge nicht, die Leistungen der Pflegeversicherung, der Krankenversicherung und der Sozialhilfe bedarfsgerecht miteinander zu verzahnen. Statt dessen werde zu Lasten der Sozialhilfe und zugunsten der Krankenversicherung abgegrenzt. Im Bereich der Verhinderungspflege, der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege bringe der Gesetzentwurf weitere Leistungseinschränkungen, die unter Spargesichtspunkten stünden. Nachdrücklich plädierte der VdK dafür, im Gesetzgebungsverfahren grundsätzlich den Verrichtungsbezug des Pflegebegriffs im SGB XI und BSHG zu überdenken. Der Pflegebegriff sei nicht ganzheitlich im Sinne der in der Pflegewissenschaft anerkannten „existentiellen Erfahrung des Lebens“ orientiert, sondern streng auf bestimmte gesetzlich abschließend aufgeführte Verrichtungen bezogen und einseitig medizinisch ausgerichtet. Menschliche Grundbedürfnisse wie die Kommunikation und nichtverrichtungsbezogener Pflegeaufwand wie z. B. die ständige Überwachung oder Anleitung bei psychisch und geistig Behinderten würden überhaupt nicht berücksichtigt.

Auch die anderen Behinderten- und Betroffenenverbände kritisierten nachdrücklich die Ausgrenzung der Behinderten in Eingliederungshilfeeinrichtungen vom Leistungsbezug nach dem Pflege-Versicherungsgesetz. Sie wiesen darauf hin, daß die vorgesehenen Regelungen bewährte Strukturen der Behindertenhilfe gefährdeten und zu einem Rückschritt führten. Angesichts der finanziellen Lage der Kommunen sei der Verweis auf die Sozialhilfe kein Trost. Vielmehr sei zu befürchten, daß die Leistungen für die Behinderten weiter eingeschränkt bzw. die Be-

troffenen auf Betreuungsformen verwiesen würden, die glücklicherweise überwunden seien. Zusammen mit anderen Betroffenenverbänden plädierte insbesondere die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben für Regelungen zur Sicherung des Fortbestands des Arbeitgebermodells.

Keine verfassungsrechtlichen Bedenken sahen die Sachverständigen Professor Dr. Rübner und Professor Dr. von Maydell. Während der Sachverständige Dr. Kallrath für die Beibehaltung der bisherigen Zuständigkeit der Sozialgerichte auch für die private Pflegeversicherung plädierte, hielt der Sachverständige Römer eine Zuweisung an die Zivilgerichte für sachgerecht.

IV. Zum Verlauf der Ausschlußberatungen

Im Zusammenhang mit der Ausklammerung der Behinderteneinrichtungen aus den Leistungen der Pflegeversicherung bestand im Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung Einigkeit darüber, daß umgewidmete Krankenhausabteilungen nicht nach § 71 Abs. 4 ausgeschlossen sind, soweit sie selbständige voll- oder teilstationäre Pflegeeinrichtungen sind.

Im federführenden Ausschuß bestand des weiteren Einvernehmen darüber, daß die Beitragsfreiheit von Behinderten, die sich ununterbrochen auf Dauer in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe befinden, nicht verhindert, daß die Vorversicherungszeit im Rahmen der Pflegeversicherung erfüllt wird. Leistungen der Pflegeversicherung stehen sofort zur Verfügung, wenn der Behinderte die Einrichtung der Behindertenhilfe verläßt und häuslicher Pflege bedarf oder in einer zugelassenen stationären Pflegeeinrichtung versorgt wird.

Fraktion der CDU/CSU

Die Mitglieder der Fraktion der CDU/CSU erklärten, daß der vorliegende Gesetzentwurf zu einem positiven Verlauf des Inkrafttretens der stationären Leistungen der Pflegeversicherung ab 1. Juli 1996 beitragen solle. Flankierend zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Inkraftsetzen der 2. Stufe der Pflegeversicherung (BT-Drucksache 13/3811) sollten Regelungen getroffen werden, um auf der Grundlage der inzwischen gesammelten Erfahrungen eine noch bessere verwaltungsmäßige Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG) sicherzustellen und notwendige Klarstellungen des gesetzgeberischen Willens vorzunehmen. Die Regelungen hätten auch das Ziel, die Pflegeversicherung vor finanziellen Mehrbelastungen zu schützen, die mit den engen, gesetzlich vorgegebenen Finanzrahmen der Pflegeversicherung unvereinbar seien.

Der Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. enthalte wichtige und politisch bedeutende Regelungen zu folgenden Bereichen:

a) Medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung im Heim

Die vom Heimpersonal erbrachten Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden derzeit nicht von der Krankenversicherung bezahlt.

Mit Rücksicht auf die großen finanziellen Probleme der Krankenversicherung sei es derzeit nicht möglich gewesen, diese Kosten durch die Krankenversicherung zu übernehmen. Um die Pflegebedürftigen zu entlasten und um für sie nicht verständliche Ergebnisse zu vermeiden, sollten deshalb diese Kosten ebenso von der Pflegeversicherung übernommen werden wie die Kosten der sozialen Betreuung.

Mit der Übernahme dieser Kosten werde der finanzielle Rahmen der Pflegeversicherung nicht gesprengt, weil die Leistungen der Pflegeversicherung im stationären Bereich für Grundpflege, Behandlungspflege und soziale Betreuung insgesamt auf maximal 2 800 DM monatlich bzw. im Durchschnitt auf 30 000 DM jährlich begrenzt blieben.

Allerdings würden die Höchstbeträge schneller ausgeschöpft. Deshalb sollten sich im Zeitablauf ergebende Finanzierungsspielräume insbesondere auch zur Anhebung dieser Höchstgrenzen genutzt werden.

Im übrigen sei mit der Übernahme der Kosten der Behandlungspflege keine Änderung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit verbunden; es handele sich lediglich um eine „gastweise“ Übernahme der Kosten durch die Pflegeversicherung. Im Jahr 1999 werde geprüft, welcher Anteil der Einsparungen im Bereich der Krankenversicherung durch den Abbau fehlbelegter Krankenhausbetten, der bis 1999 auf ca. 3 Mrd. DM geschätzt werde, für die Kosten der Behandlungspflege eingesetzt werden könne.

b) Abgrenzung Eingliederungshilfe/Pflege

Der Gesetzentwurf bringe eine saubere und unter Kostengesichtspunkten notwendige Abgrenzung zwischen der Eingliederungshilfe und der Pflege.

Ca. 140 000 Behinderte lebten in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe. Im Vordergrund des Zwecks dieser Einrichtungen stehe nicht die Pflege, sondern die Eingliederung. Diese Behinderten seien daher nicht in der Berechnung der Aufwendungen der Pflegeversicherung für stationäre Pflege enthalten. Deshalb solle eine klare Abgrenzung dahin gehend getroffen werden, daß

- bei vollstationärer Eingliederung keine Leistungen der Pflegeversicherung in der Einrichtung erbracht werden, auch wenn im Einzelfall Pflegeleistungen in der Einrichtung notwendig sind und von der Einrichtung erbracht werden,
- bei teilstationärer Eingliederung (Beispiel Werkstatt für Behinderte) zwar ebenfalls keine Leistungen der Pflegeversicherung in der Einrichtung erbracht werden, die Pflegebedürftigen aber Anspruch auf Leistungen der ambulanten Pflege haben, sofern sie zu Hause gepflegt werden.

Die vorgesehene Abgrenzung folge im übrigen den Strukturprinzipien der Pflegeversicherung: Die Pflege könne nur durch zugelassene Einrichtungen erbracht werden, damit eine Verwischung von Grenzen für die Verantwortlichkeit zwischen

Pflegeversicherung und anderen Sozialleistungsbereichen vermieden werde.

c) Pflegestufe 0 im Heim

Durch eine Änderung des BSHG werde sichergestellt, daß sozialhilfeabhängige Heimbewohner, die nicht mindestens erheblich pflegebedürftig sind, weiterhin Leistungen der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) erhielten und nicht fürchten müßten, das Pflegeheim verlassen zu müssen.

d) Fortführung des Arbeitgebermodells

Eine weitere Änderung des BSHG sichere die Fortführung des Arbeitgebermodells (bei dem Behinderte ihre Pflege und Betreuung durch mehrere Pflegekräfte selbst organisieren) dadurch, daß neben dem von der Pflegeversicherung gezahlten Pflegegeld die Sozialhilfeträger die notwendigen weitergehenden Kosten bei Bedürftigkeit übernähmen. Die Sozialhilfeträger könnten künftig die Betroffenen nicht mehr auf die angeblich vorrangigen Sachleistungen der Pflegeversicherung verweisen.

Neben diesen vier politisch besonders hervorzuhebenden Regelungen enthalte der Entwurf klarstellende und ergänzende Vorschriften. Insbesondere wurde auf die Übergangsregelung in Artikel 49a PflegeVG hingewiesen. Mit der leistungsrechtlichen Übergangsregelung in Artikel 49a PflegeVG werde die Unsicherheit, wie hoch die Leistungen der Pflegeversicherung im Pflegeheim ab 1. Juli 1996 sein werden, beseitigt. Für eine Übergangszeit bis zum 31. Dezember 1997 gäbe es feststehende, pauschale Leistungen der Pflegekasse:

- für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 2 000 DM monatlich,
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 2 500 DM monatlich,
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 2 800 DM monatlich,
- in Härtefällen der Pflegestufe III in Höhe von 3 300 DM monatlich.

Damit ergäbe sich für alle Versicherten aus dem Gesetz, welche Leistungen sie bei vollstationärer Pflege erhalten, und zwar unabhängig davon, welcher Pflegekasse sie angehörten und in welchem Pflegeheim sie betreut würden.

Die Mitglieder der Fraktion der CDU/CSU machten deutlich, daß sie sich die Entscheidung, die Einrichtungen der Behindertenhilfe auszuschließen, nicht leicht gemacht hätten. Sie seien sich der damit verbundenen Problematik, daß pflegebedürftige Behinderte in diesen Einrichtungen keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten können, sehr wohl bewußt. Allerdings seien die Argumente hierfür so gewichtig, daß die beabsichtigte Regelung über die Abgrenzung der Eingliederungshilfe zur Pflegeversicherung notwendig sei. Insbesondere sei in diesem Zusammenhang auch zu berücksichtigen gewesen, daß die Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe von Anfang an nicht in den Berechnungen der Aufwendungen der Pflegeversicherung für die stationäre Pflege enthalten waren. Im Hinblick auf die eng

begrenzten Finanzmittel der Pflegeversicherung und den feststehenden Beitragssatz habe es keinen Spielraum für die Einbeziehung der Einrichtungen der Behindertenhilfe gegeben. Im übrigen wäre die Einbeziehung von wenigen Ausnahmen abgesehen nicht den Pflegebedürftigen zugute gekommen, sondern allein den Sozialhilfeträgern. Auch unter diesem Aspekt habe die Einbeziehung ausscheiden müssen. Es sei nicht vertretbar, Beitragsmittel der Pflegeversicherung in dieser Weise im Ergebnis zu einer Finanzierung von Aufgaben zu verwenden, die von der Allgemeinheit zu erfüllen seien.

Zur Kritik der Behindertenverbände, daß die Ausklammerung der Einrichtungen der Behindertenhilfe aus der Pflegeversicherung gegen Artikel 3 des Grundgesetzes verstoße, wiesen die Mitglieder der Fraktion der CDU/CSU darauf hin, daß die Anhörung zu dem Gesetzentwurf keinen Anlaß für ernsthafte Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit der Regelungen zu dieser Problematik ergeben habe. Auch eine Stellungnahme des Bundesministeriums der Justiz sei zu dem Ergebnis gelangt, daß weder ein Verstoß gegen das spezielle Diskriminierungsverbot des Artikels 3 Abs. 3 Satz 2 des Grundgesetzes noch gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz des Artikels 3 Abs. 1 des Grundgesetzes vorliege. Für die Verfassungsmäßigkeit der Regelungen spreche zum einen, daß der beabsichtigte Ausschluß von Pflegeleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung nicht an die Behinderteneigenschaft anknüpfe, sondern an den Umstand des Aufenthalts in bestimmten Einrichtungen; zum anderen würden nach der Grundkonzeption des PflegeVG die Leistungen der Pflegeversicherung nur durch zugelassene Einrichtungen erbracht werden können, weil der Gesetzgeber in einer typisierenden Betrachtungsweise davon ausgehe, daß nur vorrangig auf die Pflege ausgerichtete Einrichtungen diese Leistungen in einer den Zielvorstellungen des Gesetzes entsprechenden Weise erbringen können. Leistungen der Pflegeversicherung kämen in Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht in Betracht, da diese primär auf Eingliederungshilfen abgestellten Einrichtungen keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des PflegeVG seien. Auch wenn in einigen dieser Einrichtungen unterschiedlichem Umfang Pflege im Sinne der Pflegeversicherung erbracht werde, so stehe hier nicht die Pflege des Behinderten im Vordergrund, sondern seine soziale Eingliederung. Mit den Regelungen werde dem bewährten und vor allem von den Trägern der Behinderteneinrichtungen immer wieder vorgebrachten Grundsatz der ganzheitlichen Betreuung Behinderter Rechnung getragen. Die vorgesehenen Regelungen gewährleisten, daß die speziellen Strukturen in diesen Einrichtungen nicht angetastet und deshalb auch nicht beeinträchtigt würden. Zudem habe die Anhörung ergeben, daß die Einbeziehung der Einrichtungen der Behindertenhilfe in die Leistungen der Pflegeversicherung lediglich bis zu 3 % der Behinderten, die pflegebedürftig im Sinne des PflegeVG seien, zugute käme. Für alle übrigen fände lediglich ein Finanztransfer zwischen der beitragsfinanzierten Pflegeversicherung und der steuerfinanzierten Sozialhilfe statt; dies sei auch im Hinblick auf die notwendige Begrenzung der Lohnzusatzkosten nicht vertretbar.

Zu den im Rahmen der Ausschußberatungen, insbesondere bei der Anhörung geäußerten Befürchtungen, daß sich die Einrichtungen der Behindertenhilfe angesichts der Ausklammerung aus den Leistungen der Pflegeversicherung in Zukunft – vor allem auf Druck von Sozialhilfeträgern – umstrukturieren würden, um die Zulassungsvoraussetzungen der Pflegeversicherung zu erfüllen, vertraten die Mitglieder der Fraktion der CDU/CSU folgende Auffassung: Behinderte hätten einen Rechtsanspruch auf Eingliederung. Dieser lasse es nicht zu, diejenigen, die der Eingliederung bedürften, diese Rechtsposition zum Zwecke der finanziellen Entlastung zu entziehen. Es wäre auch nicht nachvollziehbar, wenn die bewährte und auch von den Sozialhilfeträgern anerkannte Struktur der Behindertenhilfe dem Interesse der Sozialhilfeträger an einer möglichst großen finanziellen Entlastung durch die Leistungen der Pflegeversicherung geopfert würde. Dies wäre nicht nur ein großer Rückschritt in der Behindertenarbeit, sondern auch eine vom Gesetzgeber nicht gewollte Ausnutzung der Pflegeversicherung.

Im übrigen wiesen die Mitglieder der Fraktion der CDU/CSU nachdrücklich darauf hin, daß es neben dem Gesetz zum Inkraftsetzen der 2. Stufe und dem vorliegenden Entwurf des Änderungsgesetzes der vollständigen Investitionsförderung für die Pflegeeinrichtungen durch die Länder bedürfe. Die Länder müßten dazu gebracht werden, ihre im Vermittlungsausschuß hierzu gegebenen Zusagen uneingeschränkt einzuhalten. Nur so sei es möglich, daß die mit der Pflegeversicherung verbundenen sachlichen und politischen Zielvorstellungen voll erreicht werden könnten, insbesondere die Abhängigkeit möglichst vieler Pflegebedürftiger von der Sozialhilfe zu beseitigen.

Fraktion der SPD

Die Mitglieder der Fraktion der SPD kritisierten, daß mit dem Gesetzentwurf zahlreiche Einzeländerungen u. a. mit dem Ziel auf den Weg gebracht würden, die Pflegeversicherung vor finanziellen Mehrbelastungen zu schützen, ohne daß irgendwo einmal deutlich erklärt werde, wie die finanzielle Situation und die abschätzbaren, voraussehbaren finanziellen Risiken der Pflegeversicherung in Wahrheit seien.

Im Gegensatz zur Intention des Gesetzentwurfs, finanzielle Überforderungen der Pflegeversicherung abzuwehren, stünden Presseäußerungen des zuständigen Bundesministers, der von einem Überschuß von 5 Mrd. DM spreche. Auch habe sich in der Anhörung und in den Beratungen ergeben, daß nach derzeitigem Kenntnisstand damit zu rechnen sei, daß weniger Bewohner von Pflegeheimen pflegebedürftig nach dem SGB XI seien als ursprünglich angenommen. Wenn weniger Pflegebedürftige als kalkuliert in den Leistungsbereich der Pflegeversicherung fielen, sei noch Finanzspielraum vorhanden; deshalb sei auch die Ausgrenzung Behinderter aus finanziellen Erwägungen nicht nachzuvollziehen. Davon unberührt bleibe, daß man für stabile Beiträge und eine solide Finanzkalkulation der Pflegeversicherung mit Nachdruck eintrete.

Kritisiert wurde von den Mitgliedern der Fraktion der SPD die Einbeziehung der Kosten der Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen in den Bereich der Pflegeversicherung. Nach ihrer Auffassung gehöre aus systematischen Gründen die Behandlungspflege in den Bereich der Krankenversicherung. Für den Rechtsanspruch auf Leistungen der Krankenversicherung dürfe es keinen Unterschied machen, ob jemand im Heim oder zu Hause Krankenpflege erhalte. Die Finanzierung von Leistungen der Behandlungspflege durch die Pflegeversicherung sei deshalb systematisch falsch, weil auch Heimbewohner Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung entrichteten. Diese Regelung führe im übrigen zu einer Ungleichbehandlung von Beitragszahlern zur Krankenversicherung: Zu Hause versorgte Pflegebedürftige erhielten Leistungen von der Krankenkasse finanziert, im Heim lebende Pflegebedürftige erhielten diese Leistungen über die Pflegeversicherung. Wegen der Deckelung der Leistungen der Pflegeversicherung kämen deshalb pflegebedürftige Heimbewohner schnell in die Situation, aus eigenen Mitteln zu den Kosten der Krankenpflege beitragen zu müssen, obwohl sie versichert seien. Am Ende könnten Heimbewohner viel stärker von Leistungen der Sozialhilfe abhängig sein als versprochen worden sei. Erforderlich sei nach Ansicht der Mitglieder der Fraktion der SPD daher eine Abgeltung dieser Kostenbestandteile über die Krankenversicherung.

Als äußerst problematisch werteten sie auch die nunmehr gefundene Abgrenzung zwischen Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz und denen der Pflegeversicherung. Die Ausgrenzung von Behinderten aus dem Kreis der Leistungsberechtigten solle dadurch erreicht werden, daß Einrichtungen der Behindertenhilfe keinen Anspruch auf einen Versorgungsvertrag haben sollen und damit Pflegeleistungen nicht abrechnen könnten. Gegenwärtig würden in sehr vielen Einrichtungen sowohl Leistungen der Hilfe zur Pflege als auch Leistungen der Eingliederungshilfe erbracht. Die Gesetzesänderung habe zur Folge, daß jeweils eine Zuordnung der Behinderten zu einem dieser Bereiche erfolgen müsse, vielfach verbunden mit einem Einrichtungswechsel. Insbesondere bei schwer- und schwerstpflegebedürftigen Betroffenen bestehe die Gefahr, daß sie ausschließlich auf die Hilfe zur Pflege verwiesen würden. Jede dieser Einzelfallentscheidungen sei gleichzeitig verbunden mit einer Kostenentscheidung in erheblichem Umfang. Dagegen vertrete die Fraktion der SPD die Position, daß das von den Koalitionsfraktionen verfolgte Ziel einer umfassenden Kostenbegrenzung der Pflegeversicherung über die Ausgrenzung von Einrichtungen der Eingliederungshilfe in der Praxis nicht zu erreichen sei, da eine Umwidmung vieler dieser Einrichtungen nach den Vorschriften der §§ 71 ff. SGB XI möglich sei. Allerdings gefährde diese Umstrukturierung die ganzheitliche Betreuung von Behinderten mit verheerenden Konsequenzen für den in den vergangenen Jahren erreichten qualitativen Standard in der Versorgung und Betreuung behinderter Menschen. Die Mitglieder der Fraktion der SPD waren dabei der Ansicht, daß Pflegebedürftige mit einer körperlichen, geisti-

gen oder seelischen Behinderung als Versicherte und Beitragszahler einer Pflegekasse einen individuellen, eigenständigen Anspruch auf Leistungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz hätten, soweit sie die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllten. Zur Umsetzung dieser Forderung wurde von den Mitgliedern der Fraktion der SPD vorgeschlagen, die Pflegekosten in Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Höhe von 20 % der für die jeweilige Pflegestufe anfallenden Pflegekosten pauschal abzugelten.

Bemängelt wurde von den Mitgliedern der Fraktion der SPD auch, daß die in vielen Einrichtungen der Behindertenbetreuung tätigen Heilerzieher und -erzieherinnen und Heilerziehungspfleger und -pflegerinnen zur Zeit nicht als verantwortliche Pflegefachkräfte anerkannt würden. Dies habe zur Folge, daß Einrichtungen, die von dieser Personengruppe geleitet würden, keinen Anspruch gegenüber der Pflegekasse auf Abschluß eines Versorgungsvertrages hätten und somit keine Leistungen der Pflegeversicherung erbringen könnten. Mit der im Gesetzentwurf vorgesehenen Festschreibung dieser Situation werde konsequent der Ausschluß Behinderter von den Leistungen der Pflegeversicherung umgesetzt. Durch die Nichtanerkennung dieser Berufsgruppe solle die Zahl der abrechnungsfähigen Einrichtungen der Behindertenhilfe als Pflegeeinrichtungen begrenzt werden. Dagegen sei die Fraktion der SPD der Auffassung, daß sich Heilerzieher und -erzieherinnen und Heilerziehungspfleger und -pflegerinnen bei der Pflege Behinderter bewährt hätten. Sie dürften in Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht von der Position als verantwortliche Pflegefachkräfte ausgegrenzt werden. Entsprechend fordere man, die Heilerzieher und Heilerzieherinnen sowie die Heilerziehungspfleger und -pflegerinnen als verantwortliche Pflegefachkräfte anzuerkennen.

Nachdrücklich forderten die Mitglieder der Fraktion der SPD auch, gesetzliche Regelungen in das Pflegeversicherungsgesetz aufzunehmen, um den Fortbestand der sog. Arbeitgebermodelle zu gewährleisten. Der Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen sehe zwar Ansätze zu einer Fortführung dieser Modelle vor, die vorgesehene Neuregelung sei aber im Hinblick auf die geplante Änderung des § 3a BSHG, der eine restriktivere Handhabung der Sozialhilfeträger bei der Kostenerstattung bei ambulanter Betreuung beinhalte, abzulehnen. Es sei besser, die Kosten für Pflegeleistungen nach dem Assistenzmodell im Pflege-Versicherungsgesetz selbst abzusichern.

Die Mitglieder der Fraktion der SPD wandten sich schließlich auch dagegen, die Gerichtszuständigkeiten für Streitigkeiten aus dem SGB XI zu verändern. Nach ihrer Auffassung sei die am 1. Januar 1995 in Kraft getretene Regelung des § 51 Abs. 2 Satz 2 des Sozialgerichtsgesetzes sachgerecht und sozial ausgewogen. Sie nutze die besondere Kompetenz und den Erfahrungsvorsprung der Sozialgerichtsbarkeit in vielen Fragen der Pflegeversicherung. Da die Regelungen des SGB XI sowohl für Versicherte in der privaten wie der sozialen Pflegeversicherung anzuwenden seien, sei es nur zweckmäßig, die ge-

samte Pflegeversicherung in einer Gerichtsbarkeit zu belassen. Zudem werde dadurch eine einheitliche Rechtsprechung gewährleistet und pflegebedürftige Menschen, die sich ohnehin in einer zumeist schwierigen Situation befänden, vor möglichen finanziellen Überforderungen bei Zivilgerichten geschützt.

Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Auch die Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN kritisierten die Regelungen zur Finanzierung der Behandlungspflege. Hiermit werde der Pflegeversicherung eine versicherungsfremde Leistung aufgedrückt, obschon diese nach den bisherigen Definitionen nur die Grundpflege zu gewährleisten und zu finanzieren habe. Sie wiesen darauf hin, daß auch die in Heimen lebenden Menschen Krankenversicherungsbeiträge zahlten.

Die Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wandten sich dagegen, die Einbeziehung der Bundesverbände der Behinderten und der privaten ambulanten Dienste sowie der Bundesverbände der privaten Alten- und Pflegeheime in den Ausschuß für Fragen der Pflegeversicherung in das Ermessen des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung zu stellen. Diese Änderung sei abzulehnen. Der Bundespflegeausschuß sei ein für das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung so wichtiges Beobachtungs- und Steuerungsinstrument, daß die Beteiligung aller Akteursgruppen obligatorisch bleiben müsse. Das gelte neben den Interessenvertretern der Behinderten, soweit sie bundesweit organisiert seien, auch für die Zusammenschlüsse der privat-gewerblichen Anbieter, die inzwischen zu einem festen Bestandteil der Anbieterlandschaft geworden seien.

Entschieden wandten sich die Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auch gegen die vorgesehene Regelung, Behinderte, die in vollstationären Einrichtungen leben, gänzlich von den Leistungen der Pflegeversicherung auszuschließen, auch wenn eine Abgrenzung zwischen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe dringend notwendig sei.

Das bisher ungeklärte Verhältnis von Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe gefährde nach Ansicht der Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN den in den letzten Jahrzehnten entwickelten ganzheitlichen Pflegeansatz in der Behindertenhilfe. Die zwischen den Sozialhilfeträgern und Pflegekassen strittige Finanzierungszuständigkeit für die Einrichtungen, in denen Eingliederungshilfe für Behinderte geleistet werde, wirke als Anreiz auf die Sozialhilfeträger, Druck auf die entsprechenden Dienste und Einrichtungen auszuüben, sich durch die schrittweise Einstellung von Krankenschwestern, Pflegern usw. in Pflegeeinrichtungen zu verwandeln. Damit werde die pädagogische Arbeit, der die Anerkennung der Bildungsfähigkeit geistig behinderter Menschen zu verdanken sei, für zweitrangig erklärt und im Vergleich zur Pflege vernachlässigt.

Die im Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. vorgesehene strikte Trennung von Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe werde diese Gefahr zwar

bannen, aber gleichzeitig behinderte Menschen, die in Einrichtungen lebten, von den Leistungen der Pflegeversicherung abschneiden. Neben der sozial- und verfassungsrechtlichen Problematik einer solchen Regelung sei eine solche Trennung auch nicht sachgerecht. Denn bei vielen ambulanten Diensten und vollstationären Einrichtungen für Behinderte sei eine trennscharfe Differenzierung zwischen Pflege und Eingliederungshilfe nicht möglich. In den Leistungen der Eingliederungshilfe fänden sich im Regelfall Pflegeanteile, die der Pflegedefinition des SGB XI entsprächen. Deshalb sei auch auf der leistungsrechtlichen Seite eine enge Verzahnung von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung erforderlich.

Die Zulassung von Einrichtungen der Behindertenhilfe gemäß den §§ 71 ff. SGB XI mache es allerdings erforderlich, Verfahrensregelungen im SGB XI vorzusehen, die eindeutig klärten, welcher Kostenträger (Pflegekassen, Träger der Sozialhilfe) für welchen Leistungsanteil (Pflege nach SGB XI, Eingliederungshilfe nach dem BSHG) zuständig sei. Zur Sicherstellung der ganzheitlichen Hilfe in Einrichtungen für Behinderte schlugen die Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vor, daß der Sozialhilfeträger die Gesamtleistung an Pflege und Eingliederungshilfe übernehmen solle und die Pflegekassen die pflegerischen Anteile, die in der Eingliederungshilfe enthalten seien, im Wege der pauschalierten Kostenerstattung an den Träger der Sozialhilfe finanzieren. Für den besonders kostenintensiven Bereich der vollstationären Versorgung pflegebedürftiger behinderter Menschen solle eine Begrenzung der Kostenerstattung für anteilige Pflegeleistungen auf 20 % des jährlichen Gesamtaufwandes der Träger der Sozialhilfe für die vollstationäre Eingliederungshilfe vorgesehen werden.

Die Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN plädierten des weiteren dafür, in Einrichtungen für behinderte Menschen auch staatlich anerkannte Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie staatlich anerkannte Heilpädagoginnen und Heilpädagogen als verantwortliche Pflegefachkräfte anzuerkennen.

Der Gesetzgeber habe in § 14 Abs. 1 und 2 SGB XI ausdrücklich anerkannt, daß körperliche, geistige oder seelische Behinderungen, die mit einem erheblichen Pflegebedarf verbunden seien, die Leistungsansprüche nach dem SGB XI auslösten. Zu diesen Behinderungen zählten z. B. die häufig von Geburt an vorliegenden geistigen Behinderungen. In der Regelung des § 14 Abs. 3 SGB XI werde dem besonderen Pflegebedarf dieser Personengruppen Rechnung getragen, indem anerkannt werde, daß die Hilfe auch „in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen“ bestehen könne.

Pflegebedürftige Menschen mit geistiger Behinderung würden im Regelfall durch das pädagogisch ausgebildete Personal der Behindertenhilfe betreut. Es sei deshalb dringend erforderlich, auch diese Berufsgruppen als verantwortliche Pflegekräfte im Sinne des § 71 SGB XI zuzulassen. Anderenfalls könne die Hilfe zur Pflege im Sinne des § 14 Abs. 3

SGB XI im stationären Bereich überhaupt nicht realisiert werden.

Nachdrücklich sprachen sich die Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für den Erhalt des Arbeitgebermodells aus. Nach Angaben der Interessenvertretung „Selbstbestimmt Leben“ organisierten ca. 500 körperbehinderte pflegebedürftige Menschen ihre Pflege, indem sie Pflegekräfte selbst anstellen und für diese Steuern und Sozialabgaben entrichten. Die Sicherstellung des Arbeitgebermodells sei für diese Menschen notwendige Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben. Die im Ersten SGB XI-Änderungsgesetz vorgeschlagene Regelung werde diesem Ziel nicht gerecht. Die Verlagerung des Arbeitgebermodells in die vorrangige Zuständigkeit des Sozialhilfeträgers stelle einen Systembruch dar, dem sich die Sozialhilfeträger aufs schärfste widersetzen würden. Leistungsverweigerungen seien die Folge, so daß der Fortbestand des Arbeitgebermodells weiterhin gefährdet wäre. Die beabsichtigte Einfügung eines Kostenvorbehalts in den § 3a BSHG werde die Gefährdung selbstorganisierter Assistenz weiter zuspitzen. Dagegen solle in das Gesetz eine Vorschrift aufgenommen werden, die die Erhaltung des „Arbeitgebermodells“ tatsächlich gewährleiste.

Die genannten Vorbedingungen für den Abschluß entsprechender Verträge stellten die Qualität und Wirtschaftlichkeit dieser Pflegearrangements sicher und verhinderten darüber hinaus die Ausweitung ungeschützter Beschäftigungsverhältnisse im Pflegebereich.

Ferner stelle die von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vorgeschlagene Vorschrift klar, daß das Arbeitgebermodell eine Alternative zur Inanspruchnahme ambulanter Dienste, nicht jedoch zur Sicherstellung der Hilfe durch Angehörige oder ehrenamtliche Pflegepersonen sei.

Die Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN traten schließlich auch dafür ein, bei der Vergütung der Pflegeleistungen den Zeitaufwand explizit zu berücksichtigen. Die Vergütung von Pflegeleistungen, die im Rahmen des Arbeitgebermodells, von den auf Pflege spezialisierten familienentlastenden Diensten oder von der individuellen Schwerstbehindertenbetreuung für behinderte Menschen erbracht würden, seien aufgrund des speziellen Hilfe- und Unterstützungsbedarfs behinderter Menschen am zeitlichen Aufwand zu bemessen. Die vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und den Verbänden der Pflegekassen einseitig favorisierte Abrechnung von Pflegeleistungen nach Komplexleistungen gefährde die Qualität der Hilfeleistungen und bedrohe die Dienste in ihrem Bestand:

Geistig behinderte Menschen benötigten in der Regel bei der Ernährung, Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung zu jeder Zeit Anleitung und Beaufsichtigung. Schwerstkörperbehinderte Menschen benötigten bei allen hauswirtschaftlichen und pflegerischen Verrichtungen zu jeder Zeit Hilfe. Die Lebensqualität und die Möglichkeit, selbstbestimmt zu leben, stehe und falle also mit dem kontinuierlichen Vorhandensein von Angehörigen oder von

Helferinnen und Helfern. Die Bemessung der Hilfeleistungen nach Komplexleistungen werde diesen Menschen nicht gerecht.

Weil der Hilfebedarf behinderter Menschen nicht lediglich nach Leistungskomplexen differenziert werden könne und zudem für den gesamten Zeitraum einer Stunde bestehe bzw. zu jeder Minute Hilfe erforderlich sein könne, benötigten behinderte Menschen eine Bemessung der Pflegevergütung nach dem Zeitaufwand. Für die Behinderten, die nach dem Arbeitgebermodell ihre Assistenz organisierten, für die individuelle Schwerstbehindertenbetreuung und für viele ambulante Dienste der Behindertenhilfe sei die Orientierung der Vergütung am Zeitaufwand von existentieller Bedeutung.

Fraktion der F.D.P.

Die Mitglieder der Fraktion der F.D.P. wiesen darauf hin, daß es sich bei den Pflegeleistungen für Behinderte in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, der Behandlungspflege in Pflegeheimen sowie der sozialen Betreuung um heikle Punkte handele. Nach ihrer Ansicht wäre es möglicherweise besser gewesen, diese Punkte bereits im Pflege-Versicherungsgesetz zu regeln, um von vornherein nicht bestimmte Erwartungen und Hoffnungen entstehen zu lassen. Für die Behinderten in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe sei es sicherlich bitter zu begreifen, daß für sie die Leistungen der Pflegeversicherung nicht vorgesehen seien und dies auch nicht gewesen seien. Nun müßten durch die Pflegeversicherung geweckte, vielleicht auch geschürte Erwartungen enttäuscht werden. Zu dieser Entscheidung sei man jedoch gezwungen, weil die Beiträge zur Pflegeversicherung als Bestandteil der Lohnnebenkosten nicht weiter steigen dürften. Daher sei auch unerheblich, ob es gelänge, durch Herausrechnen bestimmter Kostenfaktoren und Reduzierung des anspruchsberechtigten Personenkreises die prognostizierten Kosten in Milliardenhöhen für diesen Bereich etwas zu senken. Selbstverständlich bleibe es jedoch dabei, daß die Behinderten, die ambulant oder teilstationär betreut werden, den häuslichen Pflegebedarf der Leistungen der Pflegeversicherung erhielten. Wichtig sei in diesem Zusammenhang auch die Einführung der Beitragsfreiheit für vollstationär untergebrachte Behinderte, solange diese keine Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen könnten.

Die Übernahme der Kosten der medizinischen Behandlungspflege durch die Pflegeversicherung innerhalb des Höchstbetrages von 2 800 DM werde dazu führen, daß es in zahlreichen Fällen beim Finanzier Selbstzahler oder Sozialhilfeträger bleiben werde. Dies werde dazu führen, daß weniger Empfänger einer Durchschnittsrente aus der Sozialhilfe herausgelöst werden könnten, als man ursprünglich gehofft habe. Wie von der Fraktion der F.D.P. immer vorausgesagt, würden damit auch die Einsparungen bei den Sozialhilfeträgern geringer ausfallen. Abgelehnt werde von der Fraktion der F.D.P. die Vereinbarung der beteiligten Minister, im Jahr 1999 zu prüfen, ob durch Umwidmung fehlbelegter Krankenhausbetten Einsparungen erzielt worden seien, die für die

Finanzierung der Behandlungspflege herangezogen werden könnten. Die Fraktion der F.D.P. sei dagegen, weil Einsparungen in der Krankenversicherung bereits mehrfach politisch als Sanierungsmaßnahmen für künftige Belastungen verkauft worden seien. Begrüßt werde von der Fraktion der F.D.P. die Regelung, wonach die Kosten für die soziale Betreuung im Rahmen ihrer Höchstbeträge von der Pflegeversicherung übernommen werden sollen. Eine derartige Lösung schone die Versicherungskasse.

Nachdrücklich bedauert wurde von den Mitgliedern der Fraktion der F.D.P., daß die im Vermittlungsverfahren getroffenen Vereinbarungen mit den Ländern hinsichtlich der Investitionskosten nicht in einem schriftlichen Beschluß festgehalten worden seien und es heute unterschiedliche Interpretationen der damaligen Zusagen gebe. Die Investitionskosten der Länder seien erneut einzufordern. Es sei wichtig, daß vom Deutschen Bundestag ein Signal ausgehe und die Länder an ihre Verpflichtungen erinnert würden, ihren Beitrag zu leisten.

Für unbedingt erforderlich gehalten werde, das gesetzgeberische Versehen zu korrigieren, wonach Streitigkeiten aus der privaten Pflegeversicherung den Sozialgerichten zugewiesen worden seien. Genau wie die Streitigkeiten aus der privaten Krankenversicherung bei den Zivilgerichten landeten, müßten auch die Streitigkeiten aus der privaten Pflegeversicherung dort entschieden werden. Entscheidend hierfür sei auch, daß die Abgrenzungsschwierigkeiten, ob eine Leistung, z. B. ein Pflegehilfsmittel, dem SGB V oder dem SGB XI unterfalle, einheitlich von den Zivilgerichten gelöst werden. Hier ggf. beide Rechtswege nacheinander beschreiten zu müssen, würde zu Lasten der betroffenen Pflegebedürftigen gehen.

Gruppe der PDS

Die Mitglieder der Gruppe der PDS kritisierten, daß die wichtigsten Regelungen des Gesetzentwurfs eine Leistungsausgrenzung bewirkten und den Vorschlägen der Verbände direkt entgegengesetzt seien. In vielen Fällen werde bewußt eine Verschärfung der Situation in Kauf genommen. Auch die Gruppe der PDS bezweifle nicht, daß Neuregelungen bzw. Klarstellungen erforderlich seien. Bezeichnend sei jedoch, daß in dem vorgelegten Änderungsgesetz weder die eindeutigen Ergebnisse der Anhörungen noch die Vorschläge des Alternativentwurfs der Behindertenverbände aufgegriffen worden seien.

Die Mitglieder der Gruppe der PDS lehnten es entschieden ab, die Einbeziehung der Bundesverbände der Behinderten sowie anderer Bundesverbände in den Ausschuß für Fragen der Pflegeversicherung dem Ermessen des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung anheim zu stellen. Insbesondere die Beteiligung der bundesweit agierenden Behindertenverbände an diesem wichtigen Beobachtungs- und Steuerungsinstrument sei zur Ausprägung demokratischer Gestaltungsmöglichkeiten für betroffene Menschen unerlässlich.

Die Kritik der Mitglieder der Gruppe der PDS richte sich vor allem gegen die faktische Ausgrenzung der

überwiegenden Mehrheit der behinderten Menschen von den Leistungen der Pflegeversicherung, zweitens der faktischen Rücknahme wichtiger, mit der Wende möglich gewordener Verbesserungen in der Behindertenarbeit in den neuen Bundesländern und drittens der beängstigenden Ausweitung der Weisungskompetenzen des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung. Zudem werde es weder zu den angekündigten Entlastungen der Pflegekasse noch der Länder und Kommunen kommen.

Die Mitglieder der Gruppe der PDS befürworteten nachdrücklich die Vorschläge zum Erhalt des Arbeitgebermodells. Der Erhalt dieser Form selbstbestimmten Lebens behinderter Menschen sei keine Frage der Finanzierung. Mit der beabsichtigten Beseitigung des Arbeitgebermodells durch die Koalition soll die Idee selbstbestimmten Lebens zurückgedrängt und unmöglich gemacht werden. Für die Gruppe der PDS liegt der Verdacht nahe, daß mit finanzpolitischen Begründungen eine politisch nicht gewollte Form selbstbestimmten Lebens beseitigt werden soll. Mit besonderem Nachdruck lehnten die Mitglieder der Gruppe der PDS die Änderungen der §§ 68 und 69 BSHG, insbesondere die Einfügung des Absatzes 2 im § 68 BSHG sowie die Streichung des bisherigen Absatzes 5 im § 68 BSHG, als einen weiteren Schritt zur Deckelung der Leistungen nach dem BSHG und zur Aufhebung des Bedarfsdeckungsprinzips ab.

Die Ausgrenzung der Behinderten widerspreche nach Ansicht der Mitglieder der Gruppe der PDS eindeutig der Ergänzung des Artikels 3 des Grundgesetzes, wonach niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden dürfe. Um diese Ausgrenzung zu verhindern, sei es dringend erforderlich, daß die in den Behinderteneinrichtungen tätigen sonder- und heilpädagogisch ausgebildeten Berufsgruppen in den Begriff einer Pflegefachkraft einbezogen würden. Die vorgesehene Beschränkung der Pflegefachkraft führe nicht zu einer Lösung, sondern zu einer Verschärfung der Probleme bei der Abgrenzung der Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe nach dem BSHG. Weiterhin bestehe ferner die Gefahr einer Zerstörung der historisch gewachsenen Struktur der Behindertenhilfe. Es sei abzusehen, daß die Sozialhilfeträger auf die geplante Ausgrenzung behinderter Menschen aus dem Leistungsbezug der Pflegeversicherung reagieren würden. So sei davon auszugehen, daß die Sozialhilfeträger die Bescheide zu Lasten von älteren geistig behinderten Menschen von der pädagogisch orientierten Eingliederungshilfe umstellten. Die Träger der Einrichtungen würden dann gezwungen, für diese aus den Wohnheimgruppen ausgegliederten Menschen Pflegeabteilungen aufzubauen, die über die Pflegeversicherung zu finanzieren seien.

B. Besonderer Teil

Zur Begründung der einzelnen Vorschriften wird – soweit sie im Verlauf der Ausschlußberatungen nicht ergänzt oder geändert wurden – im wesentlichen auf den Gesetzentwurf auf Drucksache 13/3696 verwiesen. Hinsichtlich der vom Ausschluß geänder-

ten oder neu eingefügten Vorschriften ist folgendes zu bemerken:

Zu Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 3

Die Änderung soll vermeiden, daß das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung nach der bisher vorgesehenen Kann-Vorschrift ein uneingeschränktes Auswahlmessen bei der Zusammensetzung des Bundes-Pflegeausschusses hat.

Zu Nummer 4

Klarere Fassung des angestrebten Regelungsziels, die verdeutlichen soll, daß Leistungen der Sozialhilfe zur Eingliederung nicht nachrangig sind gegenüber Leistungen der Pflegeversicherung.

Zu Nummer 5

Die Neufassung schreibt die nach den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien und der Begutachtungsanleitung vorgesehenen und in der Begutachtungspraxis angewendeten Zeitvorgaben gesetzlich fest und schafft damit mehr Transparenz und Rechtssicherheit für die Betroffenen. Damit erschließt sich für sie unmittelbar aus dem Gesetz, welcher zeitliche Pflegeaufwand in den einzelnen Pflegestufen mindestens erforderlich ist.

Zu Nummer 10

Es handelt sich um die Korrektur eines redaktionellen Versehens.

Zu Nummer 11

Bei der Änderung in Buchstabe a handelt es sich um eine redaktionelle Änderung, die notwendig wird, weil Satz 2 der bisher geltenden Fassung des § 34 Abs. 2 in den neuen Absatz 3 übernommen wird.

Die Änderung in Buchstabe b bewirkt, daß auch in den Fällen des Auslandsaufenthalts von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr und in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson weitergewährt werden. Nachteile in der sozialen Sicherung der Pflegeperson sollen sich hier nicht ergeben.

Zu Nummer 13

Die Regelung verdeutlicht, daß es sich bei den im Gesetz vorgesehenen Vergütungsbeträgen nicht um Fest-, sondern um Höchstbeträge handelt, die durch Vereinbarung unterschritten werden können. Damit wird mehr Wettbewerb in diesem Bereich ermöglicht.

Zu Nummer 13 Buchstabe b

Durch die Änderung in Buchstabe b soll dem legitimen Interesse der Pflegebedürftigen Rechnung

getragen werden, von dem Inhalt der Mitteilung Kenntnis zu erhalten.

Zu Nummer 16

Folgeänderung zu der unter den Nummern 17 und 18 Buchstabe a vorgenommenen Änderung, die gleichzeitig klare Zuständigkeitsabgrenzungen herbeiführt. Maßgeblich soll sein, wie sich der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege im Tagesablauf beim Pflegebedürftigen darstellt.

Zu Nummer 19

Es handelt sich um eine Klarstellung des gesetzgeberisch Gewollten. Der Medizinische Dienst darf sich bei der Feststellung des Umfangs der Pflegetätigkeit, der zur Beitragszahlung der Pflegeversicherung an die Rentenversicherung führt, nicht nur auf die Angaben des Pflegebedürftigen und der Pflegeperson verlassen, er hat sich vielmehr davon zu überzeugen, daß die notwendige Pflegetätigkeit von der angegebenen Pflegeperson auch tatsächlich geleistet wird. Die bisherige Regelung, die den Medizinischen Dienst verpflichtete, im Einzelfall festzustellen, ob die Pflegetätigkeit auch tatsächlich geleistet wird, hätte zu einer Überforderung des Medizinischen Dienstes geführt. Die neue Formulierung stellt eine praxisgerechtere Anwendung der Regelung sicher.

Zu Nummer 19a

Wenn Pflegebedürftige auf Dauer in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe untergebracht sind, erhalten sie keine Leistungen der Pflegeversicherung, da diese Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 keine Pflegeeinrichtungen sind. Deshalb ist es gerechtfertigt, für diesen Personenkreis Beitragsfreiheit in der Pflegeversicherung vorzusehen, wie dies bereits bei Empfängern von Entschädigungsleistungen, die sich dauerhaft in stationärer Pflege befinden, der Fall ist.

Dies gilt aber nur für Pflegebedürftige, die sich ununterbrochen in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe aufhalten und tatsächlich keine Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Pflegebedürftige, die solche Einrichtungen nur tagsüber besuchen oder die regelmäßig an den Wochenenden die stationäre Einrichtung der Behindertenhilfe verlassen, haben für die Zeit der Pflege zu Hause einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung. In diesen Fällen ist daher ein Grund für eine Beitragsbefreiung nicht gegeben.

Zu Nummer 26

Klarstellung, daß die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung zusammen mit den allgemeinen Pflegeleistungen mit der Pflegevergütung abgegolten werden sollen.

Zu Nummer 28

Buchstabe a entspricht der bisher vorgeschlagenen Änderung.

Der neu hinzugefügte Buchstabe b konkretisiert die Anforderungen an die Nachweispflichten. Die Nachweise über Art, Inhalt, Umfang und Kosten der Leistungen sind rechtzeitig vor Beginn der Vergütungsverhandlungen vorzulegen. Darüber hinaus sind auch weitergehende Auskünfte zu erteilen und zusätzliche Unterlagen auf Verlangen vorzulegen, soweit dies zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit des Heimes erforderlich ist. Dazu gehören die pflegesatzerheblichen Angaben zum Jahresabschluß nach der Pflege-Buchführungsverordnung, zur personellen und sachlichen Ausstattung des Pflegeheimes sowie zur tatsächlichen Stellenbesetzung und zur Eingruppierung.

Die Regelung stellt sicher, daß die erforderlichen Unterlagen für eine angemessene Beurteilung einer Vergütungsforderung, bei der insbesondere die Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Einrichtung zu berücksichtigen sind, rechtzeitig vorgelegt werden. Dabei soll auch auf Angaben aus der am 1. Januar 1996 in Kraft getretenen Pflege-Buchführungsverordnung zugegriffen werden. Vor dem Hintergrund, daß die Personalkosten den Hauptanteil in den Pflegesätzen ausmachen, verstärkt die Änderung gegenüber der bisherigen Regelung die Nachweispflichten über die Personalbesetzung und Personaleingruppierung.

Zu Nummer 30

Nach der vorgeschlagenen Änderung soll das Vergütungssystem nicht einseitig festgelegt, sondern von den Pflegekassen und den Trägervereinigungen gemeinsam erarbeitet werden. Für den Fall, daß dies nicht im Rahmen einer vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung gesetzten Frist geschieht, soll dieses die Möglichkeit haben, das Vergütungssystem festzulegen.

Zu Nummer 31

Die Änderung regelt die Beteiligung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung bei der Erstellung des Formulars nach § 37 Abs. 3 Satz 5. Damit wird einer Forderung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz Rechnung getragen.

Zu Artikel 2 (Änderung des Pflegeversicherungsgesetzes)

Zu Nummer 2

Der jetzige Pflegesatz in den vollstationären Pflegeeinrichtungen kennt keine Differenzierung nach einzelnen Leistungs- oder Kostenbestandteilen. Das SGB XI sieht eine Aufteilung und Zuordnung der Heimentgelte zu einzelnen Kosten- und Leistungsbereichen vor. Nach dem Änderungsantrag zu § 82 Abs. 1 SGB XI ist diese Differenzierung nach

- pflegebedingten Leistungen (allgemeine Pflegeleistungen),
- medizinischer Behandlungspflege,
- sozialer Betreuung,
- Unterkunft und Verpflegung und

- nicht durch öffentliche Fördermittel gedeckte Investitionskosten

vorzunehmen. Es muß davon ausgegangen werden, daß die Pflegesatzparteien für eine große Anzahl von Pflegeheimen nicht in der Lage sein werden, Pflegesatzvereinbarungen in den Differenzierungen des SGB XI rechtzeitig vor dem 1. Juli 1996 abzuschließen. Nach den Erfahrungen mit den Schwierigkeiten bei der Umsetzung der 1. Stufe der Pflegeversicherung ist zudem zu befürchten, daß bei der Umstellung der Vergütungen der Pflegeheime auf das neue Recht des SGB XI ähnliche Probleme auftreten, wenn die Rechte und Pflichten der Beteiligten, und hier vor allem die Leistungspflichten der Pflegeversicherung, nicht rechtzeitig vor dem 1. Juli 1996 unmißverständlich bestimmt werden. Ohne eine solche Bestimmung wird es in erheblichem Umfang zu vertragslosen Zeiträumen und Zuständen kommen, denn die von den Pflegesatzkommissionen alten Rechts vereinbarten Vergütungsregelungen zwischen Pflegeheimen und öffentlich-rechtlichen Kostenträgern (Sozialhilfeträgern) sind durchweg auf den 30. Juni 1996 terminiert.

Daher ist eine gesetzliche Übergangsregelung erforderlich, die über die bislang geltende Übergangsregelung des Artikels 49 hinausgeht. Die Übergangsregelung des Artikels 49a hat zwei Schwerpunkte. Sie knüpft zur Vereinfachung an die derzeit geltenden Pflegesätze an und bestimmt zugleich die in der Übergangszeit von den Pflegekassen zu leistenden Beträge.

Zu Nummer 2 (§ 1)

Die Regelung konkretisiert die Leistungen bei vollstationärer Pflege in der Übergangszeit vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 1997. Die Leistungen werden einheitlich für alle Versicherten mit festen, nach Pflegestufen gestaffelten Beträgen gesetzlich festgelegt. Damit erschließt sich für die einzelnen Versicherten unmittelbar aus dem Gesetz, welche Leistungen sie bei vollstationärer Pflege von der Pflegeversicherung erhalten, und zwar unabhängig davon, welcher Pflegekasse sie angehören und in welchem Pflegeheim sie betreut werden. Auf diese Weise werden die zum 1. Juli 1996 in Kraft tretenden Regelungen für die Betroffenen überschaubarer gemacht und unnötige Verunsicherungen in der Übergangszeit vermieden.

Unterschreiten im Einzelfall die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung die festgesetzten Beträge von 2 000 DM, 2 500 DM, 2 800 DM und 3 300 DM, übernimmt die Pflegekasse gleichwohl zur Verwaltungsvereinfachung die festgelegten Leistungsbeträge. Eine Kürzung der Beträge hat nur dann zu erfolgen, wenn ansonsten der Pflegebedürftige einen Eigenanteil von weniger als 25 % des gesamten Heimentgelts zu tragen hätte. Hierdurch soll dem Grundsatz Rechnung getragen werden, daß der einzelne stationär Pflegebedürftige für die Kosten der Unterkunft und Verpflegung selbst aufzukommen hat.

Um eine Überschreitung des Finanzrahmens der Pflegeversicherung zu vermeiden, wird die in § 43 SGB XI vorgesehene Begrenzung der Ausgaben der Pflegekasse auf 30 000 DM jährlich je stationär Pflegebedürftigen auch für das Übergangsrecht übernommen. Die Durchschnittsvorgabe ist ebenfalls auf der Ebene der einzelnen Pflegekasse einzuhalten, die dies jeweils zum 1. Januar und 1. Juli festzustellen hat. Wird der Durchschnittsbetrag nicht eingehalten, sind die festgelegten Leistungsbeträge entsprechend anzupassen und den Pflegebedürftigen neue Leistungsbescheide zu erteilen. Um Rückabwicklungen zu vermeiden, werden kurzfristige Überschreitungen des Durchschnittsbetrages hingenommen.

Zu Nummer 2 (§ 2)

Nach Absatz 1 gelten die am 30. Juni 1996 bestehenden Pflegesätze oder Heimentgelte in ihren gegenwärtigen Differenzierungen nach Vergütungsklassen weiter. Dabei macht es keinen Unterschied, ob die Vergütungen auf einer Vereinbarung mit einem öffentlich-rechtlichen Kostenträger oder einem individuellen Heimvertrag zwischen dem Heim und dem Heimbewohner beruhen. Soweit ein öffentlich-rechtlicher Kostenträger zugleich Träger des Pflegeheims ist und eine ausdrückliche Entgeltvereinbarung nicht abgeschlossen wurde, tritt an die Stelle des vereinbarten Entgelts das tatsächlich gezahlte Heimentgelt. Die Pflegekassen übernehmen ab dem 1. Juli 1996 – in Höhe des jeweiligen Leistungsbetrages nach § 1 – einen Anteil an den fortgeltenden Vergütungssätzen (Heimentgelten).

Die Übergangsregelung gilt bis zum 31. Dezember 1997, soweit nicht vor diesem Zeitpunkt eine Pflegesatzvereinbarung nach dem SGB XI zustande kommt (Absatz 1). Für die Anwendung der Übergangsregelung besteht kein Raum, wenn eine Pflegesatzvereinbarung nach neuem Recht bereits vor dem 1. Juli 1996 abgeschlossen worden ist (Absatz 3).

In den Bundesländern sind derzeit Vergütungssysteme mit unterschiedlichen Klassifizierungsstufen gebräuchlich. Es gibt bis zu fünf Vergütungsklassen, die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt sind. Das SGB XI sieht nur noch drei Pflegestufen vor, nach denen sich auch die Leistungsbeträge richten. Dies macht für die Übergangsregelung eine Aufteilung der den neuen Pflegestufen zugeordneten Pflegebedürftigen auf die bisher gebräuchlichen Vergütungsklassen – unter Berücksichtigung der Härtefallregelung in § 43 SGB XI – erforderlich. Dabei ist zwischen zwei Gruppen von pflegebedürftigen Heimbewohnern zu unterscheiden:

- Die erste Gruppe umfaßt die Heimbewohner, die bereits am 30. Juni 1996 in dem Heim vollstationär versorgt werden. Für sie gelten die Vergütungsklassen weiter, denen sie am 30. Juni 1996 zugeordnet sind. Hierauf zahlt die Pflegekasse ab 1. Juli 1996 den Leistungsbetrag, der ihnen aufgrund ihrer Pflegestufe nach dem SGB XI zusteht (Absatz 1).
- Die zweite Gruppe betrifft die pflegebedürftigen Heimbewohner, die nach dem 30. Juni 1996 in das

Heim aufgenommen werden. Auch sie müssen, soweit das weitergeltende Heimentgelt in Vergütungsklassen aufgliedert ist, für die Dauer der Übergangsregelung einer Vergütungsklasse bisherigen Rechts zugeordnet werden. Dies geschieht anhand ihrer Einstufung in Pflegestufen nach dem SGB XI (Absatz 2). Diese Regelung berücksichtigt die derzeit bestehenden unterschiedlichen Vergütungsklassen in den Ländern (Nummern 1 und 2) und berücksichtigt auch die Härtefälle (Nummer 3).

Ferner stellt die Regelung in Absatz 3 sicher, daß die Zuordnung eines pflegebedürftigen Heimbewohners zu einer höheren Vergütungsklasse während des Übergangszeitraums nur parallel zu seiner Zuordnung zu einer höheren Pflegestufe nach dem SGB XI erfolgen darf. Dabei gelten die Zuordnungsgrundsätze nach Absatz 2 entsprechend.

Zu Nummer 2 (§ 3)

Im Interesse der Transparenz für die Kostenträger, insbesondere aber auch für die Pflegebedürftigen, verpflichtet § 3 die Pflegeheime zur Mitteilung über die Höhe der in den weitergeltenden Heimentgelten enthaltenen von der öffentlichen Hand nicht gedeckten Investitionskostenanteile.

Zu Nummer 2 (§ 4)

Absatz 1 stellt den Zahlungsweg von der Pflegekasse unmittelbar an den Heimträger sicher. Mit der Regelung in Absatz 2 wird gewährleistet, daß die bisherigen Kostenträger das weitergeltende Heimentgelt vorläufig solange weiterzahlen müssen, bis die Pflegekasse ihren Anteil an dem Heimentgelt tatsächlich leistet. Die notwendigen (rückwirkenden) Ausgleich finden zwischen den Kostenträgern statt. Damit wird nicht nur verhindert, daß Streitigkeiten zwischen den Kostenträgern auf dem Rücken der Pflegebedürftigen ausgetragen werden, es wird auch eine kontinuierliche Finanzierung der Heime sichergestellt.

Zu Nummer 3

Die Regelung stellt den Gleichklang mit der vom Deutschen Bundestag beschlossenen Reform der Sozialhilfe sicher.

Durch die Regelung in Absatz 1 wird die Steigerung der Heimentgelte in Pflegeheimen in den Jahren 1996, 1997 und 1998 an die vorausgeschätzte, durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen nach § 270 SGB V gebunden.

Insgesamt wird durch die vorgeschlagene Regelung erreicht, daß die Heimentgelte für alle Heimbewohner, unabhängig von ihrem Kostenträger, nach einheitlichen Gesichtspunkten bemessen werden.

Zu Nummer 4

Mit der neuen Nummer 4 (Artikel 68) wird sichergestellt, daß die in Artikel 49a getroffenen Regelungen über die vollstationäre Pflege nicht vor dem

Inkraftsetzen der 2. Stufe der Pflegeversicherung in Kraft treten.

Zu Artikel 4 (Änderung des Bundessozialhilfegesetzes)

Zu Nummer 1

Der neu gefaßte Absatz 1 Satz 2 ermöglicht, daß Pflegebedürftigen unterhalb der Pflegestufe I auch in teil- und vollstationären Einrichtungen Hilfe zur Pflege gewährt werden kann. Die bisherige Regelung in Absatz 1 Satz 2 war zu erweitern, weil sie nur die ambulante Betreuung umfaßte. Personen, die aufgrund der Besonderheit des Einzelfalles teil- und vollstationäre Leistungen benötigen – z. B. weil im häuslichen Bereich geeignete Pflegepersonen fehlen oder wenn – wie bisher – mit einer erheblichen Verschlechterung des Pflegezustandes zu rechnen ist –, sollen auch Hilfe zur Pflege 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. Dies gilt auch für den Fall, daß nach dem Gutachten des MDK Pflegebedürftigkeit nicht (mehr) vorliegt. Hier ist zumindest Heimbetreuungsbedürftigkeit anzunehmen, die einen Anspruch auf stationäre Hilfe zum Lebensunterhalt gegen den Sozialhilfeträger auslöst.

Der neu gefaßte Absatz 2 stellt sicher, daß der Inhalt von ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Hilfe zur Pflege mit dem der Pflegeversicherung deckungsgleich ist. Pflegebedürftige erhalten von der Pflegeversicherung die allgemeinen Pflegeleistungen. Die Bezugnahme auf § 28 Abs. 4 SGB XI macht deutlich, daß zu diesen allgemeinen Pflegeleistungen die Grundpflege auch in Form der aktivierenden Pflege, Beaufsichtigung oder Anleitung in den Fällen, in denen diese Hilfe bei den Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens notwendig sind, die hauswirtschaftliche Versorgung und die Kommunikation bei der Leistungserbringung gehören. Hier von unberührt bleibt, daß die Sozialhilfe wegen des Bedarfsdeckungsprinzips einen durch die Leistungen der Pflegeversicherung nicht gedeckten Hilfebedarf nach den sozialhilferechtlichen Bestimmungen abzudecken hat. In Einrichtungen gehört zu den Leistungen der Pflegeversicherung auch die soziale Betreuung sowie die Kosten der medizinischen Behandlungspflege.

In Absatz 6 wird die notwendige Verweisung um die Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung (§ 75 SGB XI) sowie um die Vereinbarungen über die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege (§ 80 SGB XI) ergänzt.

Zu Nummer 1 a

Die Regelung stellt klar, daß der Träger der Sozialhilfe – wie auch die Pflegekasse – für den gleichen Zeitraum keine ambulanten Leistungen erbringen

kann, wenn er bereits stationäre Hilfe leistet. Gewährt der Träger der Sozialhilfe z. B. in einem Wohnheim stationäre Hilfe, so wird auch die dort erforderliche Pflege in stationärer Form erbracht. Hierfür wird in der Sozialhilfe ein Pflegesatz nach den §§ 93 ff. für alle in der Einrichtung erbrachten Hilfen vereinbart. Die Regelung schließt nicht aus, daß z. B. in Altenwohnheimen, die keine Einrichtungen im Sinne des § 97 Abs. 4 sind, ambulante Leistungen erbracht werden können. Auf diese Weise werden zum Schutz des Hilfesuchenden sowie zur Sicherstellung der Einheitlichkeit der Betreuung Zuständigkeitskonflikte zwischen dem örtlichen und dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe vermieden.

Zu Nummer 1 b

Mit der Regelung erfolgt eine Anpassung an die Vorschriften der Pflegeversicherung in § 36 Abs. 1 und § 37 Abs. 2 SGB XI.

Zu Artikel 4 a (neu) (Änderung des Bundesversorgungsgesetzes)

Angesichts der weitgehenden Parallelität des Rechts der Kriegsoferfürsorge zum Sozialhilferecht sind die Änderungen des Bundessozialhilfegesetzes (Artikel 4) – soweit im Hinblick auf die kriegsoferfürsorgerechtlichen Besonderheiten und das hohe Durchschnittsalter der Betroffenen geboten – in die Regelungen des Bundesversorgungsgesetzes über die Hilfe zur Pflege zu übernehmen:

Zu Nummer 1 (§ 26 c Abs. 1)

Die Änderungen entsprechen denjenigen des Artikels 4 Nr. 1, hier: § 68 Abs. 1 BSHG.

Zu Nummer 2 (§ 26 c Abs. 2 – neu)

Die Änderung entspricht derjenigen des Artikels 4 Nr. 1, hier: § 68 Abs. 2 BSHG.

Zu Nummer 3 (§ 26 c Abs. 3 – neu)

Die Änderung entspricht derjenigen des Artikels 4 Nr. 1, hier: § 68 Abs. 3 BSHG.

Bonn, den 13. März 1996

Karl-Josef Laumann

Berichterstatter

Zu Nummer 4

Redaktionelle Folgeänderung durch die geänderte Absatzfolge.

Zu Nummer 5

Die Änderung entspricht dem Wegfall des bisherigen § 68 Abs. 5 BSHG infolge der Änderung des Artikels 4 Nr. 1, hier: § 68 Abs. 2 BSHG, der die Änderung in Nummer 2 entspricht.

Zu Nummer 6 (§ 26 c Abs. 5 – neu)

Die Änderungen entsprechen Artikel 4 Nr. 1, hier: § 68 Abs. 5 BSHG.

Zu Nummer 7 (§ 26 c Abs. 6)

Die Änderung entspricht derjenigen des Artikels 4 Nr. 1, hier: § 68 Abs. 6 BSHG.

Zu Nummer 8 (§ 26 c Abs. 7)

Die Änderung entspricht derjenigen des Artikels 4 Nr. 1 a, hier: § 69 BSHG.

Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.

Zu Absatz 2

Die Einbeziehung der berufsständischen Versorgungswerke als Versicherungsträger für die Alterssicherung der Pflegepersonen (Artikel 1 Nr. 19) muß rückwirkend ab Einführung der Leistungen der Pflegeversicherung für die Alterssicherung der Pflegepersonen (1. April 1995) in Kraft treten, die Änderung der Zuständigkeit in Bußgeldsachen (Artikel 1 Nr. 32) rückwirkend ab Bestehen der Bußgeldvorschrift (1. Januar 1995).

