

Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

1. zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 14/6949 –

Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG)

2. zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksache 14/7154 –

Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG)

A. Problem

Eine Verbesserung der Versorgungssituation insbesondere von demenzkranken Mitbürgern ist nach übereinstimmender Auffassung aller, die in der Pflege Verantwortung tragen, dringend erforderlich. Das Spektrum der Probleme, die angegangen werden müssen, um zu einer durchgreifenden Verbesserung zu kommen, ist groß. Defizite in quantitativer sowie qualitativer Hinsicht bestehen nicht nur im Bereich der gezielten Prävention, der frühzeitigen Diagnostik und ganzheitlichen, umfassenden Therapie, sondern auch im Bereich der Pflege und Betreuung sowie der angemessenen Beratung. Hier sind – insbesondere auch mit Blick auf die zu erwartende demografische Entwicklung – erhebliche Anstrengungen erforderlich. Zu den notwendigen Schritten gehören auch verbesserte Leistungsangebote der Pflegeversicherung.

B. Lösung

In einem ersten Schritt soll der verfügbare Finanzspielraum in der Pflegeversicherung von jährlich rd. 0,28 Mrd. Euro konzentriert dort eingesetzt werden, wo der Handlungsbedarf am größten ist. Dies ist der häusliche Bereich. Daher sieht dieser Entwurf ein Bündel von Maßnahmen zur Stärkung und Förderung der häuslichen Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung vor. Es sollen für die pflegenden Angehörigen zusätzliche Möglichkeiten zur dringend notwendigen Entlastung ge-

schaffen, für die Pflegebedürftigen in der Entlastungsphase der pflegenden Angehörigen aktivierende und qualitätsgesicherte Betreuungsangebote zur Verfügung und strukturpolitisch sinnvolle Weichen gestellt werden.

Annahme des geänderten Gesetzentwurfs der Koalitionsfraktionen auf Drucksache 14/6949 mit den Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, FDP und PDS

Einvernehmliche Erledigterklärung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung auf Drucksache 14/7154

C. Alternativen

Keine

D. Kosten der öffentlichen Haushalte

1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand

Für die Haushalte von Bund, Ländern und Kommunen entstehen im Rahmen der Beihilfe durch den zusätzlichen Anspruch auf Betreuungsleistungen und die Erweiterung der Beratung im häuslichen Bereich schwer zu quantifizierende Mehrkosten in Höhe von etwa 10 Mio. Euro jährlich, davon etwa 1 Mio. Euro für den Bund. Wenn Länder und Kommunen sich an der Förderung des Auf- und Ausbaus niedrighschwelliger Betreuungsangebote für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie an der Förderung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im vorgesehenen Umfang beteiligen, wird dies bei Ländern und Kommunen insgesamt zu weiteren Mehrbelastungen in Höhe von jährlich bis zu 10 Mio. Euro führen.

2. Vollzugaufwand

Den sozialen Pflegekassen sowie den Ländern oder Kommunen entsteht durch die Förderung der Betreuungsangebote für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie für die Durchführung von Modellvorhaben geringfügiger Verwaltungsmehraufwand.

E. Sonstige Kosten

Unmittelbare Auswirkungen auf die private Wirtschaft entstehen durch das Gesetz nicht. Das Gesetz führt durch den zusätzlichen Anspruch auf Finanzierung von Betreuungsleistungen in Höhe von 460 Euro jährlich sowie durch die begrenzte Erweiterung des Anspruchs auf einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich, die Förderung von niedrighschwelligeren Betreuungsangeboten und die Durchführung von Modellvorhaben zu Mehrausgaben von jährlich bis zu 0,28 Mrd. Euro in der sozialen Pflegeversicherung und etwa 9,2 Mio. Euro in der privaten Pflegepflichtversicherung. Die verbesserten Leistungsangebote sind geeignet, den längeren Verbleib der Pflegebedürftigen in ihrem häuslichen Bereich zu sichern und verhindern damit eine frühzeitige Inanspruchnahme der kostenintensiven vollstationären Pflege. Die getroffenen Regelungen dürften daher tendenziell zu Einsparungen im stationären Bereich führen. Gemessen am Gesamtvolumen der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1999 von rd. 16,4 Mrd. Euro und an den Aufwendungen der privaten Pflegepflichtversicherung von rd. 3 Mrd. Euro sind die Mehrausgaben von so geringer Bedeutung, dass mittelbare Auswirkungen auf die Wirtschaft nicht zu erwarten sind. Vor diesem Hintergrund ist auch nicht mit Auswirkungen auf Einzelpreise sowie das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau zu rechnen.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

1. den Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 14/6949 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen;
2. den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 14/7154 für erledigt zu erklären.

Berlin, den 14. November 2001

Der Ausschuss für Gesundheit

Klaus Kirschner
Vorsitzender

Marga Elser
Berichterstatterin

Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG)
– Drucksache 14/6949 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG)

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

Artikel 1

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

- a) Nach § 43a „Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe“ wird folgender Titel eingefügt:

„Fünfter Titel
Finanzierung der medizinischen
Behandlungspflege

§ 43b

Finanzierungszuständigkeit“

- b) Nach „§ 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen“ wird folgender Abschnitt eingefügt:

„Fünfter Abschnitt
Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem
allgemeinem Betreuungsbedarf

§ 45a Berechtigter Personenkreis

§ 45b Zusätzliche Betreuungsleistungen

§ 45c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“.

Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG)

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

Artikel 1

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

- a) Nach „§ 26 Weiterversicherung“ wird folgende Angabe eingefügt:

„§ 26a Beitrittsrecht“

- b) Nach § 43a „Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe“ wird folgender Titel eingefügt:

„Fünfter Titel
Finanzierung der medizinischen
Behandlungspflege

§ 43b

Finanzierungszuständigkeit“

- c) Nach „§ 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen“ wird folgender Abschnitt eingefügt:

„Fünfter Abschnitt
Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem
allgemeinem Betreuungsbedarf

§ 45a Berechtigter Personenkreis

§ 45b Zusätzliche Betreuungsleistungen

§ 45c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“.

- d) Nach „§ 121 Bußgeldvorschrift“ wird folgende Angabe angefügt:

„§ 122 Übergangsregelung“

- 1a. In § 8 wird nach Absatz 2 folgender Absatz 3 angefügt:

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

„(3) Die Spitzenverbände der Pflegekassen können einheitlich und gemeinsam aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 5 Mio. Euro im Kalenderjahr Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige, durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. Dabei sind vorrangig modellhaft in einer Region Möglichkeiten eines personenbezogenen Budgets sowie neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige zu erproben. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels sowie von § 36 abgewichen werden. Mehrbelastungen der Pflegeversicherung, die dadurch entstehen, dass Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, durch Einbeziehung in ein Modellvorhaben höhere Leistungen als das Pflegegeld erhalten, sind in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einzubeziehen. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Die Spitzenverbände der Pflegekassen vereinbaren einheitlich und gemeinsam Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben; § 213 Abs. 2 des Fünften Buches gilt entsprechend. Die Modellvorhaben sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Soweit finanzielle Interessen einzelner Länder berührt werden, sind diese zu beteiligen. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln die Spitzenverbände und das Bundesversicherungsamt durch Vereinbarung. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. § 45c Abs. 4 Satz 6 gilt entsprechend.“

- 1b. In § 13 wird nach Absatz 3 folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Die Leistungen nach § 45b finden bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach Absatz 3 Satz 1 keine Berücksichtigung.“

- 1c. Nach § 26 wird folgender § 26a eingefügt:

„§ 26a
Beitrittsrecht

(1) Personen mit Wohnsitz im Inland, die nicht pflegeversichert sind, weil sie zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 trotz Wohnsitz im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht oder der Mitversicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erfüllen, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Ausgenommen sind Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz beziehen sowie Personen, die nicht selbst in der Lage sind, einen Beitrag zu zahlen. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären; er bewirkt einen Versicherungsbeginn rückwirkend zum 1. April 2001. Die Vorversicherungszeiten nach § 33 Abs. 2 gelten als erfüllt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 1 Anwendung.

(2) Personen mit Wohnsitz im Inland, die erst ab einem Zeitpunkt nach dem 1. Januar 1995 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht pflegeversichert sind und keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Vom Beitrittsrecht ausgenommen sind die in Absatz 1 Satz 2 genannten Personen sowie Personen, die nur deswegen nicht pflegeversichert sind, weil sie nach dem 1. Januar 1995 ohne zwingenden Grund eine private Kranken- und Pflegeversicherung aufgegeben oder von einer möglichen Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung keinen Gebrauch gemacht haben. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären. Er bewirkt einen Versicherungsbeginn zum 1. Januar 2002. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung.

(3) Ab dem 1. Juli 2002 besteht ein Beitrittsrecht zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung nur für nicht pflegeversicherte Personen, die als Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer bei Wohnsitznahme im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie für nicht versicherungspflichtige Personen mit Wohnsitz im Inland, bei denen die Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 entfallen sind. Der Beitritt ist gegenüber der nach § 48 Abs. 2 gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen schriftlich innerhalb von drei Monaten nach Wohnsitznahme im Inland oder nach Wegfall der Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 mit Wirkung vom 1. des Monats zu erklären, der auf die Beitrittserklärung folgt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung. Das Beitrittsrecht nach Satz 1 ist nicht gegeben in Fällen, in denen ohne zwingenden Grund von den in Absatz 1 und 2 geregelten Beitrittsrechten kein Gebrauch gemacht worden ist oder in denen die in Absatz 2 Satz 2 aufgeführten Ausschlussgründe vorliegen.“

2. § 37 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben

2. unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

1. bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich,
2. bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht angestellte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 16 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 26 Euro. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen.“

- b) Nach Absatz 3 werden folgende Absätze 4 bis 6 angefügt:

„(4) Die Pflegedienste sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Die Spitzenverbände der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. Der beauftragte Pflegedienst hat dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.

(5) Die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. beschließen gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3.

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(6) Rufen Pflegebedürftige die Beratung nach Absatz 3 Satz 1 nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.“

3. § 41 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „kann“ die Wörter „oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist“ eingefügt.
- b) In Absatz 2 wird die Angabe „31. Dezember 2001“ durch die Angabe „31. Dezember 2004“ ersetzt.
- c) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Wird die Leistung nach Absatz 2 neben der Sachleistung nach § 36 in Anspruch genommen, dürfen die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat den in § 36 Abs. 3 und 4 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrag nicht übersteigen. Wird die Leistung nach Absatz 2 neben dem Pflegegeld nach § 37 in Anspruch genommen, gilt § 38 Satz 2 entsprechend.“

4. In § 42 Abs. 2 und § 43 Abs. 2, 3 und 5 wird jeweils die Angabe „31. Dezember 2001“ durch die Angabe „31. Dezember 2004“ ersetzt.

3. unverändert

4. unverändert

4a. In § 43a wird nach Satz 2 folgender Satz 3 angefügt:

„Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.“

5. Nach § 43a wird folgender Fünfter Titel eingefügt:

„Fünfter Titel
Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege
§ 43b
Finanzierungszuständigkeit

Vom 1. Januar 2005 an übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die in § 41 Abs. 2, § 42 Abs. 2 sowie § 43 Abs. 2, 3 und 5 genannten Aufwendungen für die in den Einrichtungen notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Das Nähere wird in einem besonderen Gesetz geregelt.“

6. Nach § 45 wird folgender Fünfter Abschnitt eingefügt:

„Fünfter Abschnitt
Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem
allgemeinem Betreuungsbedarf
§ 45a
Berechtigter Personenkreis

(1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III mit demenzbedingten Fähigkeitsstö-

5. unverändert

6. Nach § 45 wird folgender Fünfter Abschnitt eingefügt:

„Fünfter Abschnitt
Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem
allgemeinem Betreuungsbedarf
§ 45a
unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

rungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

(2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauf tendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit auf Grund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt. Die Spitzenverbände der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich beschließen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

Entwurf

§ 45b

Zusätzliche Betreuungsleistungen

(1) Pflegebedürftige, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können neben den in diesem Kapitel vorgesehenen Leistungen der ambulanten und teilstationären Pflege zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen und erhalten zu deren Finanzierung einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Pflegebedürftigen entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

1. der Tages- oder Nachtpflege,
2. der Kurzzeitpflege,
3. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder
4. der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind.

(2) Die Pflegebedürftigen erhalten die zusätzlichen finanziellen Mittel auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 genannten Betreuungsleistungen. Wird der Betrag von 460 Euro in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das Folgejahr übertragen werden. Pflegebedürftige, die erst im Laufe eines Kalenderjahres die Leistungsvoraussetzungen nach § 45a erfüllen, erhalten den Betrag von 460 Euro anteilig.

(3) Die zuständige Pflegekasse oder das zuständige private Versicherungsunternehmen stellt den Pflegebedürftigen auf Verlangen eine Liste der in ihrem Einzugsbereich vorhandenen qualitätsgesicherten Betreuungsangebote zur Verfügung, deren Leistungen mit dem Betreuungsbetrag nach Satz 1 finanziert werden können. Das Nähere zur Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote wird durch Landesrecht geregelt.

§ 45c

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

(1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige fördern die Spitzenverbände der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 10 Mio. Euro je Kalenderjahr den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

§ 45b

Zusätzliche Betreuungsleistungen

(1) unverändert

(2) unverändert

(3) Die zuständige Pflegekasse oder das zuständige private Versicherungsunternehmen stellt den Pflegebedürftigen auf Verlangen eine Liste der in ihrem Einzugsbereich vorhandenen qualitätsgesicherten Betreuungsangebote zur Verfügung, deren Leistungen mit dem Betreuungsbetrag nach Satz 1 finanziert werden können. **Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote zu bestimmen.**

§ 45c

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

(1) unverändert

Entwurf

Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt zehn vom Hundert des in Satz 1 genannten Fördervolumens.

(2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote und der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 20 Mio. Euro im Kalenderjahr erreicht wird. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.

(3) Niedrigschwellige Betreuungsangebote im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (§ 45a) in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen. Die Förderung dieser niedrigschwelligen Betreuungsangebote erfolgt als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Betreuungspersonen zu finanzieren, sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Betreuenden durch Fachkräfte verbunden sind. Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Betreuungsangebotes beizufügen. Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist. Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Betreuungsangebote kommen in Betracht Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige im Sinne des § 45a sowie Familienentlastende Dienste.

(4) Im Rahmen der Modellförderung nach Absatz 1 Satz 1 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der für demenzkranke Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen in einzelnen Regionen erprobt werden. Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Für die Modellvorhaben

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(2) unverändert

(3) Niedrigschwellige Betreuungsangebote im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen. Die Förderung dieser niedrigschwelligen Betreuungsangebote erfolgt als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Betreuungspersonen zu finanzieren, sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Betreuenden durch Fachkräfte verbunden sind. Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Betreuungsangebotes beizufügen. Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist. Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Betreuungsangebote kommen in Betracht Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige im Sinne des § 45a sowie Familienentlastende Dienste.

(4) unverändert

Entwurf

ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(5) Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt.

(6) Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die niedrigschwelligen Betreuungsangebote und die Modellprojekte. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der neuen Betreuungsangebote und Versorgungskonzepte Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Das Nähere zur Umsetzung der Empfehlungen wird durch Landesrecht geregelt.

(7) Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) überwiesen werden. Näheres über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel, die aus dem Ausgleichsfonds zu finanzieren sind, sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen regeln das Bundesversicherungsamt, die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. durch Vereinbarung.“

Beschlüsse des 14. Ausschusses

(5) unverändert

(6) Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die niedrigschwelligen Betreuungsangebote und die Modellprojekte. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der neuen Betreuungsangebote und Versorgungskonzepte Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. **Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.**

6a. § 49 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

In Satz 1 wird das Wort „Weiterversicherter“ durch die Wörter „freiwillig Versicherter nach den §§ 26 und 26a“ und in Satz 2 werden die Wörter „nach § 26 Abs. 2 Weiterversicherten“ durch die Wörter „freiwillig Versicherten“ ersetzt.

6b. In § 59 Abs. 4 Satz 1 werden die Wörter „die nach § 26 weiterversichert sind“ durch die Wörter „nach den §§ 26 und 26a freiwillig versichert sind“ ersetzt.

6c. In § 97 Abs. 3 Satz 2 wird die Angabe „§ 96 Abs. 3 Satz 1“ durch die Angabe „§ 96 Abs. 2“ ersetzt.

6d. Dem § 110 Abs. 4 wird folgender Satz angefügt:

„Eine freiwillige Versicherung nach § 26a kann unter den Voraussetzungen des § 49 Abs. 3 Satz 2 gekündigt werden.“

(7) unverändert

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

7. In § 111 Abs. 1 Satz 1 werden nach der Angabe „§ 110“ die Wörter „sowie zur Aufbringung der Fördermittel nach § 45c“ eingefügt.

7. unverändert

8. Nach § 121 wird folgender § 122 angefügt:

**„§ 122
Übergangsregelung**

§ 45b ist mit Ausnahme des Absatzes 2 Satz 3 erst ab 1. April 2002 anzuwenden; Absatz 2 Satz 3 ist ab 1. Januar 2003 anzuwenden.“

Artikel 2

**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
– Gesetzliche Krankenversicherung –**

§ 39a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch ..., wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Stationäre und ambulante Hospizleistungen“

b) Der bisherige Text wird Absatz 1.

c) Folgender Absatz wird angefügt:

(2) Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt oder Familie erbringen. Voraussetzung der Förderung ist außerdem, dass der ambulante Hospizdienst

1. mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie

2. unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachkraft oder in Leitungsfunktionen nachweisen kann.

Der ambulante Hospizdienst erbringt palliativ-pflegerische Beratung durch entsprechend ausgebildete Fachkräfte und stellt die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen, die für die Sterbebegleitung zur Verfügung stehen, sicher. Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten, der sich insbesondere nach dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmt. Die Ausgaben der Krankenkassen für die Förderung nach Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2002 für jeden ihrer Versicherten 0,15 Euro umfassen und jährlich um 0,05 Euro bis auf 0,40 Euro im Jahr 2007 an-

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

steigen; dieser Betrag ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen das Nähere zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit.“

Artikel 3

Änderung des Gesetzes zur Umstellung von Gesetzen und anderen Vorschriften auf dem Gebiet des Gesundheitswesens auf Euro (Achstes Euro-Einführungsgesetz)

Artikel 2 Nr. 10 des Gesetzes zur Umstellung von Gesetzen und anderen Vorschriften auf dem Gebiet des Gesundheitswesens auf Euro vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) wird aufgehoben.

Artikel 4

Änderung des Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege

Artikel 1 des Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 9 wird in § 80a Abs. 1 im zweiten Teilsatz die Zahl „2001“ durch die Zahl „2002“ ersetzt.
- b) In Nummer 13 wird in § 87a Abs. 3 Satz 1 die Angabe „§ 43a“ durch die Angabe „§ 43“ ersetzt.
- c) In Nummer 23 wird in § 115 Abs. 1 Satz 1 nach den Wörtern „sowie der“ das Wort „zuständigen“ durch das Wort „betroffenen“ ersetzt.
- d) Nummer 25 wird wie folgt gefasst:
„Der bisherige § 112 wird § 121 und die Angabe „5 000 Deutsche Mark“ wird durch die Angabe „2 500 Euro“ ersetzt.“

Artikel 5

Änderung des Bundessozialhilfegesetzes

In § 69a Abs. 5 Satz 4 des Bundessozialhilfegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. März 1994 (BGBl. I S. 646, 2975), zuletzt geändert durch Artikel 11 des Gesetzes vom 26. Juni 2001 (BGBl. I S. 1310), wird die Angabe „§ 37 Abs. 3 Satz 7“ durch die Angabe „§ 37 Abs. 6“ ersetzt.

Artikel 5

Änderung des Bundessozialhilfegesetzes

In § 69a Abs. 5 Satz 4 des Bundessozialhilfegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. März 1994 (BGBl. I S. 646, 2975), zuletzt geändert durch Artikel 11 des Gesetzes vom 26. Juni 2001 (BGBl. I S. 1310), wird die Angabe „§ 37 Abs. 3 Satz 7“ durch die Angabe „§ 37 Abs. 6“ ersetzt.

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 6

Artikel 6

Inkrafttreten

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am ... in Kraft.

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

(2) Artikel 1, 2 und 5 treten am **1. Januar 2002** in Kraft.

Bericht der Abgeordneten Marga Elser

I. Überweisung

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 14/6949 in seiner 189. Sitzung am 26. September 2001 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung, den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie den Haushaltsausschuss überwiesen.

In seiner 198. Sitzung am 8. November 2001 hat er den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 14/7154 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit sowie zur Mitberatung an den Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Der Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen wie der inhaltsgleiche Regierungsentwurf reagieren auf den Umstand, dass eine Verbesserung der Versorgungssituation insbesondere von demenzkranken Mitbürgern nach übereinstimmender Auffassung aller, die in der Pflege Verantwortung tragen, dringend erforderlich ist. Defizite in quantitativer sowie qualitativer Hinsicht bestehen nicht nur im Bereich der gezielten Prävention, der frühzeitigen Diagnostik und ganzheitlichen, umfassenden Therapie, sondern auch im Bereich der Pflege und Betreuung sowie der angemessenen Beratung. Hier sind insbesondere auch mit Blick auf die zu erwartende demografische Entwicklung erhebliche Anstrengungen erforderlich.

Der vorliegende Gesetzentwurf will dieser Situation vor allem durch verbesserte Leistungsangebote der Pflegeversicherung Rechnung tragen. In einem ersten Schritt soll der verfügbare Finanzspielraum in der Pflegeversicherung von jährlich rd. 0,28 Mrd. Euro konzentriert dort eingesetzt werden, wo der Handlungsbedarf am größten ist – nämlich im häuslichen Bereich. Dementsprechend sieht der Entwurf ein Bündel von Maßnahmen zur Stärkung und Förderung der häuslichen Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung vor. Es sollen für die pflegenden Angehörigen zusätzliche Möglichkeiten zur dringend notwendigen Entlastung geschaffen, für die Pflegebedürftigen in der Entlastungsphase der pflegenden Angehörigen aktivierende und qualitätsgesicherte Betreuungsangebote zur Verfügung und strukturpolitisch sinnvolle Weichen gestellt werden.

Im Einzelnen sind folgende Maßnahmen vorgesehen:

1. Es wird ein zusätzlicher Leistungsanspruch für Pflegebedürftige mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung im Elften Buch Sozialgesetzbuch eingeführt. Danach kann dieser Personenkreis bei häuslicher Pflege zusätzliche finanzielle Hilfen der Pflegeversicherung im Werte von bis zu 460 Euro pro Kalenderjahr für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen.

2. Die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, insbesondere für demenziell Erkrankte, wird gefördert mit zwei ineinander greifenden Komponenten:

- a) Förderung niedrighschwelliger Betreuungsangebote, ergänzt durch oder kombiniert mit der
- b) Förderung von Modellprojekten.

Beide Komponenten werden anteilig durch die soziale und private Pflegeversicherung einerseits sowie durch Land oder Kommunen andererseits in Höhe von insgesamt 20 Mio. Euro jährlich finanziert. Dadurch soll in Ergänzung und Unterstützung des bisherigen Leistungsangebotes der Pflegeversicherung ein zusätzliches Betreuungsangebot für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, insbesondere demenziell erkrankte Pflegebedürftige, geschaffen werden.

3. Bestehende Beratungsangebote für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf werden verbessert und erweitert, insbesondere werden beratende Hilfen im häuslichen Bereich durch zusätzliche Hausbesuche ausgebaut.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Der **Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung** hat in seiner 107. Sitzung am 14. November 2001 mit den Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und PDS bei Stimmenthaltung der Fraktion der FDP empfohlen, den Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 14/6949 anzunehmen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 79. Sitzung am 14. November 2001 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und PDS empfohlen, den Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 14/6949 anzunehmen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 90. Sitzung am 14. November 2001 mit den Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion der PDS bei Stimmenthaltung der Fraktionen CDU/CSU und FDP empfohlen, den Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Drucksache 14/6949 anzunehmen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

A. Allgemeiner Teil

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 107. Sitzung am 27. September 2001 beschlossen, eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen zu dem Gesetzentwurf durchzuführen, und seine Beratungen in der 108. Sitzung am 10. Oktober 2001 aufgenommen.

In der 108. Sitzung haben die Koalitionsfraktionen einen Änderungsantrag (Ausschussdrucksache 1128) eingebracht, um dem Gesetzentwurf einen weiteren Artikel einzufügen. Ziel der Einfügung war es, durch eine Änderung des § 39a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) eine Mitfinanzierung der ehrenamtlichen Sterbebegleitung im Rahmen ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen einzuführen. Gleichzeitig wurde mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, FDP und PDS der Beschluss gefasst, die bereits beschlossene Anhörung auch auf den Gegenstand des Änderungsantrags zu erstrecken. Zur geschäftsordnungsrechtlichen Zulässigkeit dieser Maßnahme wurde eine Stellungnahme des Ausschusses für Wahlprüfung, Immunität und Geschäftsordnung eingeholt, der die Anfrage dahingehend beschied, dass ein Ausschuss grundsätzlich nicht gehindert sei, einen einstimmig gefassten Beschluss über eine öffentliche Anhörung durch Mehrheitsbeschluss zu ergänzen, um weiteren Entwicklungen in der Beratung einer überwiesenen Vorlage Rechnung zu tragen. Die Frage, ob die Ergänzung eines Gesetzentwurfs zulässig sei, sei von anderen Verfahrensschritten in der Ausschussberatung zu trennen und stelle sich letztlich erst in der Schlussberatung. Der Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 1128 wurde in der 117. Sitzung am 14. November 2001 von den Koalitionsfraktionen durch den Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 1209 ersetzt. Außerdem wurden der erste und der letzte Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 1196 durch die entsprechenden Anträge auf Ausschussdrucksache 1210 ersetzt.

Die Anhörung fand in der 111. Sitzung am 17. Oktober 2001 statt. Als sachverständige Verbände waren der AOK-Bundesverband, der Verband der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (VdAK/AEV), die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW), die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, der Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und ambulanter Dienste (bpa), der Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege (ABVP), die Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege (B.A.H.), der Bundesverband Ambulante Dienste, der Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und Rentner (VdK), der Sozialverband Deutschland – ehemals Reichsbund –, die Deutsche Alzheimer Gesellschaft, die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, die Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, die Bundesseniorenvertretung, der Deutsche Pflegerat, der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe, der Deutsche Berufsverband für Altenpflege, das Kuratorium Deutsche Altershilfe, das Deutsche Zentrum für Altersfragen, die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, die Gewerkschaft Ver.Di, die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung, der Deutsche Städtetag, der Deutsche Landkreistag und der Deutsche Städte- und Gemeindebund eingeladen. Außerdem waren als Einzelsachverständige eingeladen: Herr Carlo Götz, Prof. Dr. Thomas Klie, Prof. Dr. Klaus Priester, Herr Rückert, Herr Michael Schulz und Herr Dr. Joachim Wilbers.

Auf das Wortprotokoll und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

In der 113. Sitzung am 7. November 2001 sowie in der 117. Sitzung am 14. November 2001 hat der Ausschuss seine Beratung fortgesetzt und – in der 117. Sitzung – auf den Gesetzentwurf auf Drucksache 14/7154 erstreckt. In dieser Sitzung erfolgte auch der Abschluss der Beratung.

Als Ergebnis der Beratung hat der Ausschuss den Gesetzentwurf auf Drucksache 14/6949 mit den Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, FDP und PDS angenommen und den Gesetzentwurf auf Drucksache 14/7154 einvernehmlich für erledigt erklärt.

Der Änderungsantrag der Fraktion der CDU/CSU auf Ausschussdrucksache 1201 wurde im Hinblick auf Punkt A mit den Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU, FDP und PDS, im Hinblick auf Punkt B mit den Stimmen der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktion der PDS abgelehnt.

Der Ausschuss hat im Wesentlichen Änderungen zu den folgenden Regelungsbereichen beschlossen:

- die Einführung einer zusätzlichen Experimentierklausel, die den Spitzenverbänden der Pflegekassen die Möglichkeit einräumt, mit 5 Mio. Euro jährlich aus Mitteln des Ausgleichsfonds Modellvorhaben zur Einführung eines personenbezogenen Budgets sowie neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige zu erproben;
- die Nichtanrechnung zusätzlicher Betreuungsleistungen der Pflegeversicherung in Höhe von 460 Euro jährlich bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von fürsorgerischen Leistungen der Pflege von einem anderen Sozialleistungsträger;
- die Einführung eines befristeten Beitrittsrechts der Nichtkrankenversicherten zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung in Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 3. April 2001 (Az.: 1 BvR 81/98);
- die Klarstellung, dass Pflegebedürftige in Einrichtungen der Behindertenhilfe, die sich am Wochenende und in den Ferien zu Hause aufhalten, für die Tage der häuslichen Pflege anteiliges Pflegegeld ungekürzt erhalten können;
- die Klarstellung, dass die Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote nach § 45c Abs. 3 nicht ausschließt, dass diese infrastrukturellen Betreuungsangebote auch von Pflegebedürftigen der Pflegestufe 0 in Anspruch genommen werden können.

In der Beratung hoben die Mitglieder der **Fraktionen SPD** und **BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** hervor, dass das zur Debatte stehende Gesetz ein wichtiger Baustein für eine verbesserte Versorgung pflegebedürftiger Menschen, insbesondere demenziell erkrankter Menschen, in der Bundesrepublik Deutschland sei. Demente Pflegebedürftige seien im Erscheinungsbild nicht einheitlich und stellten unterschiedliche Anforderungen an die Betreuung und Pflege. Ein darauf ausgerichtetes Angebot sei derzeit weder qualitativ ausreichend vorhanden, noch erfüllten die vorhandenen

Einrichtungen und Dienste durchgängig die Anforderungen an eine demenzgerechte Betreuung. Deshalb würden verstärkt Pflegearrangements entwickelt werden müssen, die für die demenziell Erkrankten und ihre Angehörigen wieder mehr Lebensqualität schafften. Zu diesem Zweck solle die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und -strukturen mit insgesamt 40 Mio. DM (20 Mio. Euro) pro Jahr aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung unter finanzieller Beteiligung der Länder oder Kommunen gefördert werden. Insbesondere gehe es um die Förderung des Auf- und Ausbaus sog. niedrighschwelliger Betreuungsangebote, bei denen ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter fachlicher Anleitung die Betreuung dementer Menschen übernehmen könnten. Gerade im Pflegebereich habe sich in der Vergangenheit in exemplarischer Deutlichkeit gezeigt, wie sich professionelle, familiäre und ehrenamtliche Hilfe ergänzen könnten.

Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für demenzkranke Menschen sollten durch Modellprojekte Möglichkeiten integrativer Versorgung und Vernetzung ausgeschöpft werden. Damit würden im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen Weichen zur Schaffung eines Netzes von abgestuften bedürfnisorientierten, gemeindenahen Hilfen und Versorgungsangeboten gestellt. Insgesamt sei ein Konzept umgesetzt worden, das verschiedene Bausteine enthalte, die sich kombinieren ließen, um der individuellen Situation der Erkrankten und ihrer Angehörigen gerecht zu werden. Diese vorgesehenen Verbesserungen könnten mit dem alleinigen Vorschlag, den allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf mit einem Zeitzuschlag von 30 Minuten täglich bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung zu den Pflegestufen zu berücksichtigen, nicht erreicht werden. Im Übrigen sei ein solcher Zeitzuschlag mit dem Beitragssatz von 1,7 % in der Pflegeversicherung nicht finanzierbar.

Was den stationären Bereich betreffe, so sei für diesen durch das zum 1. Januar 2002 in Kraft tretende Pflege-Qualitätssicherungsgesetz mit dem dort vorgesehenen Instrument der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen eine wichtige Voraussetzung für die Verbesserung der gerontopsychiatrischen Pflege geschaffen worden. Mit Hilfe dieser Vereinbarungen, in denen die wesentlichen Leistungen und Qualitätsmerkmale maßgerecht zugeschnitten auf die konkreten Leistungs- oder Versorgungserfordernisse des einzelnen Pflegeheimes festzuhalten seien, könne der besondere Hilfebedarf, den die demenziell erkrankten, geistig behinderten und psychisch kranken Heimbewohner aufwiesen, besser als bisher in den heimindividuellen Vertragsverhandlungen auf der Vergütungsseite berücksichtigt werden. Damit werde es den Pflegeheimträgern möglich, ihren Anspruch auf leistungsgerechte Vergütungen wirksamer als bisher durchzusetzen.

Die Mitglieder der **Fraktion der CDU/CSU** bezeichneten den vorgelegten Gesetzentwurf als unzureichend. Der Gesetzentwurf wecke Erwartungen, die mit dem vorgesehenen Betrag von 900 DM jährlich nicht erfüllt werden könnten. Die angestrebte Hilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, für psychisch Kranke und für gerontopsychiatrisch veränderte Menschen im ambulanten Bereich und der Aufbau von kostenintensiven Strukturen stünden im Widerspruch zu dem den Betroffenen von der Pflegeversicherung zur Verfügung gestellten Betrag von umgerechnet 2,47 DM

täglich. Die Fraktion der CDU/CSU frage sich, wie mit diesem Betrag jemand gefunden werden solle, der einen Angehörigen für zwei oder drei Stunden am Tag entlasten könne. Hinzu komme, dass der Gesetzentwurf der Regierungskoalition keinerlei Verbesserungen für die Demenzen in den Heimen vorsehe. Aber gerade dort bestehe der allergrößte Bedarf. Fast die Hälfte der Menschen, die in Heimen lebten, sei dement und bedürfe einer besonderen Betreuung und Beaufsichtigung. Die Pflegekräfte könnten diese Aufgabe oft nicht erfüllen, weil die Personalsituation in Heimen in der Regel sehr angespannt sei. Der vorgelegte Gesetzentwurf gehe auf diese Problematik überhaupt nicht ein. Ferner berücksichtige er nicht die Lebenssituation von Demenzkranken und deren Angehörigen, die keine Leistungen der sozialen Pflegeversicherung erhielten. Auch diese Demenzkranken bedürften einer allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung. Durch die Einbeziehung eines allgemeinen Betreuungsaufwands in den Verrichtungsbegriff, wie von der Union im Pflege-Leistungsverbesserungsgesetz vorgeschlagen, könnten auch sie Leistungen der sozialen Pflegeversicherung erhalten. Zudem würden dann auch die Angehörigen dieser Demenzkranken Rentenanwartschaften erwerben, was besonders wichtig sei, da sie in der Regel keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgehen könnten. All dies berücksichtige der vorgelegte Gesetzentwurf nicht. Auch die im Bereich der häuslichen Krankenpflege – und damit gerade in der ambulanten Pflege – bedeutsam werdenden Probleme mit der Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege würden von dem vorgelegten Gesetzentwurf nicht aufgegriffen. Deshalb habe die Fraktion der CDU/CSU Änderungsanträge zu dem Gesetzentwurf eingebracht, mit denen die beschriebenen Unzulänglichkeiten des Gesetzentwurfes beseitigt werden sollten. Ein Änderungsantrag zielle darüber hinaus auf die Verbesserung der Förderung der stationären Hospize durch die Krankenkassen.

Die Mitglieder der **Fraktion der FDP** erklärten, der Gesetzentwurf der Bundesregierung greife ein wichtiges Thema auf, das zunehmend an Bedeutung gewinne. Einige der Ansätze des Gesetzentwurfes seien geeignet, zu einer Verbesserung der Situation beizutragen, so z. B. der Versuch, mehr qualifizierte ehrenamtliche Helfer zu gewinnen. Auch die finanzielle Unterstützung von Projekten, die neue Versorgungsformen für Demenzkranke erproben, sei zu begrüßen. Das Gleiche gelte vom Grundsatz her für die finanzielle Unterstützung der ambulanten Hospizarbeit. Andere Schritte seien hingegen von einem viel zu großen Misstrauen gegenüber den Pflegenden geprägt. Statt den pflegenden Angehörigen finanzielle Hilfe mit der Auflage zur Verfügung zu stellen, dass sie qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen, wäre es sinnvoller, ihnen die Entscheidung frei zu überlassen, welche Unterstützung in ihrer Situation am besten weiter helfe. Dies könne z. B. auch ein Geldbetrag für den Nachbarn/die Nachbarin sein, der/die bereit sei, für ein paar Stunden auf den gerontopsychiatrisch Erkrankten aufzupassen. Denjenigen, die die Betreuung sicherstellten, müsse viel mehr Flexibilität ermöglicht werden. Der Kernfehler des Gesetzentwurfes liege jedoch darin, dass die Bundesregierung die Chance nicht genutzt habe, die Problematik der Pflegeversicherung in diesem Zusammenhang grundsätzlich anzugehen. Sie greife statt dessen auf die zurzeit noch vorhandenen finanziellen Reserven zurück, um die von ihr vorgeschlagene

nen Verbesserungen zu finanzieren, wohl wissend, dass diese Reserven in absehbarer Zeit aufgebraucht sein werden.

Die Mitglieder der **Fraktion der PDS** vertraten die Ansicht, dass Maßnahmen, die Pflegequalität sichern und Verbraucherrechte stärken, zu begrüßen seien. Gleichzeitig müssten sie aber die Lebensqualität, Selbstbestimmung und Identität der pflegenden Menschen unter Berücksichtigung der Angehörigen, Helferinnen und Helfer tatsächlich, dauerhaft und wirksam befördern. Dies würde mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht erreicht. Der Gesetzentwurf wecke falsche Hoffnungen und Erwartungen bei allen Betroffenen, die mit den vorgesehenen Mitteln für zweckgebundene Qualitätssichernde Betreuungsleistungen von 460 Euro (900 DM) im Kalenderjahr nicht erfüllt werden könnten. Der Betrag bedeute täglich 1,26 Euro; und dies bliebe weit hinter dem Erforderlichen zurück. Deshalb lehne die PDS den Gesetzentwurf ab.

Außerdem halte sie daran fest, dass – wie von ihr bereits in der letzten Wahlperiode gefordert – eine Pflegestufe 0 eingeführt und mit einem Betrag von 300 DM pro Monat veranschlagt werden müsse.

Die durchgeführte Anhörung bekräftigte die PDS in ihrer Auffassung. Die auf die Anhörung hin eingereichten Änderungsanträge der Koalition hingegen bringen nach Meinung der PDS keine ausreichenden und tatsächlich notwendigen Lösungen für die Betroffenen und ihre Angehörigen, sondern verschieben bzw. blockieren notwendige grundsätzliche Lösungen eher.

B. Besonderer Teil

Soweit die Bestimmungen des Gesetzentwurfs unverändert übernommen wurden, wird auf deren Begründung verwiesen.

Zu den vom Ausschuss vorgenommenen Änderungen ist Folgendes zu bemerken:

1. Zu Artikel 1 Nr. 1 (Inhaltsübersicht)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Einführung des neuen Beitrittsrechts nach § 26a SGB XI sowie der in § 122 vorgesehenen Übergangsregelung für ein gestuftes Inkrafttreten.

2. Zu Artikel 1 Nr. 1a (§ 8 Abs. 3 – neu –)

Nicht zuletzt auf Grund der demographischen Entwicklung ist es notwendig, rechtzeitig die Versorgungsstrukturen und -konzepte in der Pflegeversicherung an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert weiterzuentwickeln. Die derzeit im SGB XI vorgegebenen relativ starren Versorgungsstrukturen ermöglichen nicht in ausreichendem Umfang flexible Antworten auf neue Konzepte der Pflege und Betreuung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, insbesondere sind sie häufig noch hinderlich im Hinblick auf Konzepte der Mischung zwischen Elementen der ambulanten und der stationären Versorgung. Daher ist es notwendig, in der Pflegeversicherung stärker als bisher Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen vorzusehen, um so rechtzeitig wichtige Erkenntnisse für künftige gesetzgeberische Entscheidungen über die Ausgestaltung

der Leistungen und der Leistungsgewährung in der Pflegeversicherung zu erhalten.

Zu diesem Zweck wird den Spitzenverbänden der Pflegekassen die Möglichkeit eingeräumt, über die im Gesetzentwurf in § 45c in Cofinanzierung mit den Ländern und Kommunen vorgesehenen Modellvorhaben hinaus auch noch weitere Modellvorhaben durchzuführen. Während die Modellvorhaben nach § 45c vorrangig der Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte und -strukturen für demenziell Erkrankte dienen und die dort vorgesehenen Mittel vorrangig für eine Förderung geronto-psychiatrischer Verbundsysteme sowie für den Einsatz von Case- oder Care-Managern eingesetzt werden sollen, ist die nun in dem neuen Absatz 3 des § 8 SGB XI verankerte Modellklausel vorrangig gedacht zur Erprobung der Möglichkeiten eines personenbezogenen Budgets sowie der Umsetzung neuer Wohnkonzepte für Pflegebedürftige. Neue Wohnkonzepte stoßen derzeit häufig noch an die Grenzen der gesetzlich vorgegebenen Strukturen. Hier sollen durch Abweichung der Regelungen vom 7. Kapitel und des § 36 SGB XI flexiblere Antworten im Rahmen der Modellvorhaben ermöglicht werden.

Für die Modellvorhaben steht den Spitzenverbänden ein Finanzvolumen von 5 Mio. Euro jährlich zur Verfügung. Im Interesse der Beitragsstabilität in der Pflegeversicherung ist es erforderlich, in dieses Finanzvolumen auch die Mehrbelastungen einzurechnen, die der Pflegeversicherung dadurch entstehen, dass im Rahmen von Modellvorhaben Pflegebedürftige, die derzeit Pflegegeld erhalten, eine höhere Pflegeleistung zur Verfügung gestellt bekommen. Die Fördermittel werden ebenso wie die Fördermittel nach § 45c unmittelbar aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung finanziert, die Mittel sind von den Spitzenverbänden der Pflegekassen beim Bundesversicherungsamt zu beantragen.

Ziele, Inhalte, Ausgestaltung und Durchführung der Modellvorhaben sollen durch die Spitzenverbände der Pflegekassen einheitlich und gemeinsam festgelegt werden. Die vereinbarten Modellvorhaben sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen, das im Rahmen seines Modellprogramms „Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger“ ebenfalls geeignete neue Versorgungskonzepte für Pflegebedürftige fördert. Da nicht auszuschließen ist, dass durch Modellvorhaben auch finanzielle Interessen einzelner Länder berührt werden, ist vorgesehen, dass an dem Verfahren der Abstimmung zwischen den Spitzenverbänden der Pflegekassen und dem Bundesministerium für Gesundheit auch diejenigen Länder zu beteiligen sind, deren finanzielle Interessen berührt werden.

Da die Modellvorhaben Erkenntnisse für künftige gesetzgeberische Entscheidungen über die Weiterentwicklung der Leistungen und der Leistungsgewährung vermitteln sollen, ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben vorgesehen.

3. Zu Artikel 1 Nr. 1b (§ 13 Abs. 3a – neu –)

Mit der in § 45b vorgesehenen zusätzlichen Betreuungsleistung sollen pflegende Angehörige, die durch die häusliche Pflege eines Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf in besonderer Weise psychisch und physisch belastet werden, zusätzliche Möglichkeiten der dringend notwendigen Entlastung erhalten. Um dieses Ziel

zu erreichen, muss sichergestellt werden, dass die zusätzliche Betreuungsleistung den Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen möglichst ungeschmälert erhalten bleibt. Zu diesem Zweck sieht die Ergänzung des § 13 SGB XI im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen vor, dass bei der Gewährung von Hilfe zur Pflege durch andere Sozialleistungsträger der zusätzliche Betreuungsbetrag der Pflegeversicherung nicht angerechnet werden darf. Damit wird zugleich verhindert, dass sich Pflegebedürftige zum Erhalt der neuen Betreuungsleistung der Pflegeversicherung einer weiteren Begutachtung unterziehen müssen, ohne daraus auch tatsächlich eine zusätzliche Entlastungsmöglichkeit für ihre pflegenden Angehörigen zu gewinnen.

4. Zu Artikel 1 Nr. 1c (§ 26a – neu –)

Mit den getroffenen Änderungen wird die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 3. April 2001 (Az.: 1 BvR 81/98) umgesetzt. Darin wurde dem Gesetzgeber Folgendes aufgegeben:

1. Für Personen, die zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995 über keinen Krankenversicherungsschutz verfügten und daher keinen Zugang zur Pflegeversicherung erhielten, muss der Gesetzgeber bis zum 31. Dezember 2001 eine befristete Beitrittsmöglichkeit zur Pflegeversicherung vorsehen. Dabei ist dem Gesetzgeber ein relativ weiter Gestaltungsspielraum eingeräumt. Das Urteil enthält folgende Aussagen:
 - Der Beitritt kann alternativ zur sozialen oder zur privaten Pflegeversicherung ermöglicht werden;
 - der Beitritt kann davon abhängig gemacht werden, dass der Betroffene Beiträge zahlt;
 - für den Zeitraum vor der Bekanntgabe des Urteils muss weder die Zahlung von Beiträgen oder Prämien noch die Gewährung von Leistungen vorgesehen werden;
 - hinsichtlich der Vorversicherungszeiten für die Leistungsgewährung sind die Beitretenden so zu stellen, als wäre ihr Beitritt bereits zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung erfolgt.
2. Zudem hat der Gesetzgeber auf der Grundlage des Urteils zu prüfen, ob darüber hinaus im Hinblick auf den Gleichbehandlungsgrundsatz ein befristetes Beitrittsrecht zur sozialen und/oder privaten Pflegeversicherung auch für diejenigen Personen einzuräumen ist, die erst nach Inkrafttreten des SGB XI keinen den Zugang zur gesetzlichen Pflegeversicherung begründenden Tatbestand erfüllt haben und im Pflegefall keinen Anspruch auf Hilfe gegen einen Sozialleistungsträger haben.

Entsprechend diesen Vorgaben ist in dem neuen § 26a ein dreigestuftes Beitrittsrecht vorgesehen. Dabei wird danach differenziert, ab welchem Zeitpunkt der Betroffene zu den Nichtversicherten gehört bzw. ab wann sich die Frage eines Beitritts gestellt hat oder stellen wird. Neben einem großzügigeren Beitrittsrecht für die seit 1. Januar 1995 Nichtversicherten einerseits und den nach dem 1. Januar 1995 hinzugekommenen Nichtversicherten andererseits wird unter engen Voraussetzungen auch ein Beitrittsrecht für künftige

Sachverhalte, insbesondere für Auslandsrückkehrer, vorsehen. Die Beitrittsrechte sind so ausgestaltet, dass möglichst Missbräuche zu Lasten der Solidargemeinschaft der Versicherten ausgeschlossen werden.

Den Beitrittsberechtigten wird in allen Fällen ein Wahlrecht alternativ zur sozialen oder zur privaten Pflegeversicherung eingeräumt. Dabei ist die von dem Beitrittsberechtigten gewählte Pflegekasse zur Annahme des Beitritts bzw. das gewählte Versicherungsunternehmen zum Abschluss des Versicherungsvertrages verpflichtet. Die Pflegekassen und die Versicherungsunternehmen sind aufgerufen, Vorkehrungen gegen missbräuchliche Doppelversicherungen und doppelten Leistungsbezug zu treffen, indem sie sich z. B. von den Beitrittswilligen schriftlich bestätigen lassen, dass sie bisher nicht pflegeversichert sind. Die Beitrittswilligen müssen zum Zeitpunkt der Beitrittserklärung ihren Wohnsitz im Inland haben.

Nicht einbezogen in die Beitrittsrechte sind Personen, die nicht selbst in der Lage sind, einen Pflegeversicherungsbeitrag zu zahlen, insbesondere sind nicht einbezogen Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG). Dieser Personenkreis war bei Einführung der Pflegeversicherung auch nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts nicht „ausgegrenzt“ worden, für ihn ist vielmehr durch Artikel 28 GSG die Versicherungspflicht umfassender sowohl in der gesetzlichen Krankenversicherung als auch in der sozialen Pflegeversicherung angelegt, es ist lediglich das notwendige Ausführungsgesetz noch nicht erlassen.

Es wäre nicht sachgerecht, Personen einen Beitritt zur Pflegeversicherung zu ermöglichen, die mit ihrer Beitrittsentscheidung einen Dritten beitragsmäßig belasten würden. Dies wäre auch dann nicht sachgerecht, wenn die Dritten, die den Beitrag zu übernehmen hätten, dies nicht als Belastung, sondern als eine hilfreiche Möglichkeit einer gewünschten Entlastung begreifen würden. Denn diese Dritten hätten dann letztlich die Möglichkeit, nach dem Günstigkeitsprinzip den Einzelnen aufzufordern, den Beitritt zu der Pflegeversicherung zu erklären, um sich selbst für die Zukunft von Leistungen der Hilfe zur Pflege zu entlasten. Die Möglichkeit eines solchen Vorgehens eines Dritten sollte im Ergebnis in der Pflegeversicherung gerade vermieden werden, indem es nahezu vollständig als Pflichtversicherungssystem ausgestaltet ist. Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zielt nicht auf ein Gesetz ab zur Entlastung der Sozialhilfe, sondern auf ein Gesetz zum Schutz derer, die wie der obsiegende Beschwerdeführer „schutzlos“ sind, weil sie im Pflegefall weder die Möglichkeit haben, Versicherungsleistungen zu erhalten noch Leistungen der Hilfe zur Pflege von einem Sozialleistungsträger.

In einem System, das so stark wie die Pflegeversicherung als Pflichtversicherungssystem konzipiert und das aus guten Gründen vom Grundsatz „Pflege folgt Krankenversicherung“ geprägt ist, sind Beitrittsrechte grundsätzlich systemfremd. Sie können daher nur in dem Umfang eingeräumt werden, der rechtlich zwingend ist. Dieser rechtliche Zwang ist bei Sozialhilfeempfängern nicht gegeben. Hier ist zu berücksichtigen, dass bereits bei rd. 80 % der Sozialhilfeempfänger von einer Weiterversicherungsmöglichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch gemacht worden ist, die systemkonform automatisch auch zu einer Ver-

sicherungspflicht dieser Sozialhilfeempfänger in der sozialen Pflegeversicherung geführt hat. Für die restlichen Sozialhilfeempfänger wird sich systemkonform eine Absicherung in der Pflegeversicherung in Form einer Pflichtversicherung ergeben, wenn eine angemessene und finanziell vertretbare Lösung für eine Einbeziehung dieses Personenkreises in die gesetzliche Krankenversicherung gefunden ist.

Personen, die als Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG zunächst vom Beitrittsrecht ausgeschlossen sind, werden jedoch beitragsberechtigt, wenn sie aus dem Sozialhilfebezug ausscheiden und in der Lage sind, selbst einen Beitrag zu zahlen.

Zu Absatz 1

Absatz 1 enthält das vom Bundesverfassungsgericht zwingend geforderte Beitrittsrecht für diejenigen Personen, die zum 1. Januar 1995 keinen Zugang zur gesetzlichen Pflegeversicherung erhielten, und die auch in der Zwischenzeit keine Zugangsmöglichkeit zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung hatten. Der Beitritt kann befristet bis zum 30. Juni 2002 erklärt werden. Entsprechend den Vorgaben des Gerichts gilt für den beitragsberechtigten Personenkreis keine Vorversicherungszeit für den Bezug von Leistungen.

Die Beitretenden können eine rückwirkende Begutachtung ihrer Pflegebedürftigkeit beantragen und sind bei bereits vorliegender Pflegebedürftigkeit berechtigt, die Leistungen rückwirkend seit 1. April 2001 zu beziehen, gleichzeitig sind sie aber auch verpflichtet, die Beiträge rückwirkend seit 1. April 2001 nachzuentrichten. Aus Gründen der Praktikabilität wird als maßgebliches Datum für den Versicherungsbeginn nicht der Tag der Verkündung des Urteils durch das Bundesverfassungsgericht, der 3. April 2001, sondern der Monatsanfang, also der 1. April 2001, festgesetzt.

Da die Pflegesachleistungen der Pflegeversicherung nicht rückwirkend gewährt werden können, werden nachgewiesene Aufwendungen, die durch Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste oder stationärer Pflegeeinrichtungen ab dem 1. April 2001 entstanden sind, bis zur Höhe des Wertes ersetzt, der für die jeweilige Pflegestufe als Pflegesachleistung vorgesehen ist.

Zu Absatz 2

In Absatz 2 wird entsprechend dem Prüfauftrag des BVerfG für diejenigen Personen, die erst nach dem 1. Januar 1995 in den Kreis der Nichtversicherten hineingekommen sind, ebenfalls übergangsweise ein einmaliges befristetes Beitrittsrecht eingeräumt, um evtl. auftretende nicht gewollte Härten zu vermeiden. Diese Beitrittsberechtigten können Leistungen nach Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 33 Abs. 2 SGB XI beziehen, dabei sind eventuell vor dem 1. Januar 2002 zurückgelegte Vorversicherungszeiten innerhalb der 10-jährigen Rahmenfrist mitzuzählen. Wählt der Beitrittsberechtigte ein privates Versicherungsunternehmen, so ist dieses zum Abschluss eines Versicherungsvertrages zu den nach Absatz 3 des § 110 SGB XI vorgesehenen Bedingungen verpflichtet.

Dieses Beitrittsrecht soll jedoch denen nicht zur Verfügung stehen, die zwar am 1. Januar 1995 bei Einführung der Pflegeversicherung pflegeversichert wurden, jedoch zu einem

späteren Zeitpunkt ohne zwingenden Grund ihren Kranken- und Pflegeversicherungsschutz aufgegeben haben und allein aus diesem Grund nun nicht mehr pflegeversichert sind. Dazu gehören auch Personen, die eine Weiterversicherungsmöglichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung, die automatisch auch die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung gesichert hätte, nicht genutzt haben oder die von einer Weiterversicherungsmöglichkeit in der Pflegeversicherung nach § 26 SGB XI, z. B. bei Auslandsaufenthalt, nicht Gebrauch gemacht haben.

Das befristet bis zum 30. Juni 2002 auszuübende Beitrittsrecht nach Absatz 2 löst einen Versicherungsbeginn zum 1. Januar 2002 aus. Damit soll vermieden werden, dass diejenigen einen finanziellen Vorteil erhalten, die bewusst mit der Ausübung des Beitrittsrechts bis kurz vor Ablauf der Frist warten, um Beiträge zu sparen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt entsprechend dem Prüfauftrag des Bundesverfassungsgerichts das Beitrittsrecht für künftige Nichtversicherte, das als Dauerrecht ausgestaltet ist. Dieses Beitrittsrecht ist enger ausgestaltet. Es betrifft nur noch Personen, die nachweislich weder von dem Beitrittsrecht nach Absatz 1 noch von dem Beitrittsrecht nach Absatz 2 Gebrauch machen konnten. Daher wird das Beitrittsrecht auf Personen beschränkt, die erst ab dem 1. Juli 2002 als Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer ihren Wohnsitz im Inland aufnehmen sowie auf Personen, die als Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt von einem früheren Beitrittsrecht ausgeschlossen waren, jedoch nach Ausscheiden aus dem Sozialhilfebezug sich selbst versichern möchten.

Um zu vermeiden, dass die Solidargemeinschaft der Beitragszahler unzumutbar belastet wird, wird für das Beitrittsrecht derer, die aus dem Ausland zuwandern oder zurückkehren, eine Altersgrenze vorgesehen.

5. Zu Artikel 1 Nr. 4a (§ 43a Satz 3 – neu –)

Mit dieser Regelung soll sichergestellt werden, dass in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe betreute Pflegebedürftige, die sich am Wochenende und in den Ferien zu Hause aufhalten, für die Tage der häuslichen Pflege anteiliges Pflegegeld ungekürzt erhalten können. Dies gilt auch für die An- und Abreisetage, und zwar unabhängig davon, um welche Uhrzeit die Pflegebedürftigen ihr Zuhause erreichen oder für die Rückreise verlassen. Die Pflegekassen sind in diesem Sinne bereits in der Praxis verfahren. Für diese Praxis der Pflegekassen soll eine eindeutige gesetzliche Grundlage geschaffen werden.

6. Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 45b Abs. 3 Satz 2 – neu gefasst –)

Mit dieser Änderung wird einem Anliegen des Bundesrates Rechnung getragen. Die bisherige Fassung hätte einzelne Länder gezwungen, die Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote durch Gesetz zu regeln. Dies wäre für die ergänzend zu regelnden Sachverhalte unverhältnismäßig. Es reicht eine Ermächtigungsgrundlage für den Erlass einer Rechtsverordnung.

7. Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 45c Abs. 3 Satz 1 – neu gefasst –)

Durch die Streichung der Bezugnahme auf § 45a wird entsprechend einem Prüfauftrag des Bundesrates klargestellt, dass die nach § 45c Abs. 3 geförderten niedrigschwelligen Betreuungsangebote durchaus auch Pflegebedürftige der sog. Pflegestufe 0 mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf betreuen können. Die finanzielle Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote schließt dies keineswegs aus.

8. Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 45c Abs. 6 Satz 4 – neu gefasst –)

Mit dieser Änderung wird einem Anliegen des Bundesrates Rechnung getragen. Die bisherige Fassung hätte einzelne Länder gezwungen, die notwendigen Regelungen im Zusammenhang mit der Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung durch Gesetz zu treffen. Dies wäre unverhältnismäßig, daher sieht die Neuregelung die Möglichkeit des Erlasses einer Rechtsverordnung vor.

9. Zu Artikel 1 Nrn. 6a bis 6d

Zu Nummer 6a (§ 49 Abs. 3 Satz 1 und 2)

Wer nach dem neu eingeführten Beitrittsrecht oder nach § 26 Abs. 1 freiwillig versichert ist, soll ebenso wie dies bisher bei den nach § 26 Abs. 2 freiwillig Weiterversicherten der Fall ist, aus der Mitgliedschaft ausscheiden, wenn er für zwei Monate die fälligen Beiträge trotz Hinweises auf die Folgen nicht entrichtet hat.

Zu Nummer 6b (§ 59 Abs. 4 Satz 1)

Freiwillig Versicherte führen ihre Beiträge zur Pflegeversicherung in gleicher Weise wie zur Krankenversicherung grundsätzlich selbst ab. Mit der Gesetzesänderung wird sichergestellt, dass diese Regelung auch für die neu Beitretenden gilt.

Zu Nummer 6c (§ 97 Abs. 3 Satz 2)

Redaktionelle Folgeänderung zum Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG). Der Verweis in § 97 SGB XI muss als Folgeänderung zum PQsG korrigiert werden, weil § 96 Abs. 3 Satz 1 SGB XI durch das PQsG zu § 96 Abs. 2 SGB XI geworden ist.

Zu Nummer 6d (§ 110 Abs. 4 Satz 2 – neu –)

Mit dieser Änderung wird den privaten Versicherungsunternehmen die Möglichkeit eingeräumt, den Versicherungsvertrag in den Fällen zu kündigen, in denen freiwillig Versicherte für zwei aufeinanderfolgende Monate die fälligen Prämien trotz Hinweises auf die Folgen nicht entrichtet haben. Diese Regelung entspricht der für die sozialen Pflegekassen geltenden Regelung des § 49 Abs. 3, die bei Nichtzahlung der Beiträge ein Ende der Mitgliedschaft der freiwillig Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung vorsieht.

10. Zu Artikel 1 Nr. 8 (§ 122 – neu –)

Der zusätzliche Betreuungsbetrag in Höhe von 460 Euro jährlich steht Pflegebedürftigen zu, bei denen der Medizinische Dienst das Vorliegen der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz i. S. des § 45a festgestellt hat. Das Nähere zur einheitlichen Begutachtung ist in Ergänzung der Pflegebedürftigkeits- und Begutachtungsrichtlinien festzulegen. Eine reibungslose Begutachtung zu Beginn des neuen Jahres setzt eine entsprechende Schulung der Gutachter voraus, dafür ist eine Vorlaufzeit vorzusehen. Daher soll der Anspruch auf den zusätzlichen Betreuungsbetrag erst zum 1. April 2002 in Kraft treten. Damit die Pflegebedürftigen gleichwohl für das Jahr 2002 den vollen Leistungsbetrag erhalten können, wird die Regelung des § 45b Abs. 2 Satz 3, die eine anteilige Kürzung des zusätzlichen Betreuungsbetrages vorsieht, erst zum 1. Januar 2003 in Kraft gesetzt.

11. Zu dem neu eingefügten Artikel 2

Mit dieser Vorschrift wird eine Mitfinanzierung der qualifizierten ehrenamtlichen Sterbebegleitung im Rahmen ambulanter Hospizdienste durch die Krankenkassen eingeführt. Damit werden die Behandlungs- und Pflegeleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im häuslichen Bereich, die in erster Linie in vertragsärztlicher Behandlung und in häuslicher Krankenpflege bestehen, um einen nichtmedizinischen Aspekt ergänzt. Auch im Hospizbereich wird dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ durch diese Neuregelung Rechnung getragen. Durch Satz 1 wird der Personenkreis der betroffenen Versicherten abgegrenzt, weder Krankenhausbehandlung noch Aufnahme in ein stationäres Hospiz darf notwendig sein. Durch die weiteren qualitativen Anforderungen wird der Kreis der förderungsberechtigten Hospizdienste näher bestimmt. Die Hospizbewegung wird damit in die Lage versetzt, den Einsatz und die Leistungen qualifizierter ehrenamtlich Tätiger auf einer gesicherten finanziellen Grundlage durch den Einsatz fachlich geschulter Kräfte zu koordinieren. Hierbei handelt es sich um Krankenschwestern und Krankenpfleger oder andere fachlich qualifizierte Personen, wie z. B. ausgebildete Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen, mit einem Berufsabschluss und entsprechender Erfahrung und Weiterbildung. Im Übrigen ist es erforderlich, dass der ambulante Hospizdienst mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet. Die Bestimmung der näheren Einzelheiten des Leistungsgeschehens und der Fördervoraussetzungen ist Sache der Spitzenorganisationen der beteiligten Verbände. Den Krankenkassen und den Verbänden der Krankenkassen sowie den Hospizorganisationen auf Landesebene ist es unbenommen, neben gemeinsamen und einheitlichen Regelungen auf Bundesebene auch Vereinbarungen über die Art und Weise der Förderung auf Landesebene zu treffen.

12. Zu dem neu eingefügten Artikel 3

Die Einfügung des neuen Artikels 3 ist aus redaktionellen Gründen erforderlich. Das am 1. Januar 2002 in Kraft tretende 8. Euro-Einführungsgesetz vom 23. Oktober 2001 ändert in seinem Artikel 2 Nr. 10 den § 112 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI). Diese Vorschrift wird durch Artikel 1 Nr. 25 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetz vom 9. September 2001, das ebenfalls am 1. Januar 2002 in Kraft tritt, in „§ 121“ umbenannt. Da alle Änderungsbefehle der

beiden genannten Gesetze in der gleichen logischen Sekunde am 1. Januar 2002 in Kraft treten, geht der Änderungsbefehl des 8. Euro-Einführungsgesetzes zu § 112 SGB XI ins Leere. Die Änderung des 8. Euro-Einführungsgesetzes soll deshalb aufgehoben und statt dessen die durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz in § 121 SGB XI umbenannte Vorschrift geändert werden. Die entsprechende redaktionelle Änderung des neuen § 121 SGB XI ist im neuen Artikel 4 Buchstabe d vorgesehen.

13. Zu dem neu eingefügten Artikel 4

Zu Buchstabe a (§ 80a Abs. 1 SGB XI)

In § 80a SGB XI ist der Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen zwischen dem jeweiligen Pflegeheim und den Kostenträgern geregelt. Danach sind derartige Vereinbarungen für alle zugelassenen Pflegeheime ab dem 1. Januar 2004 verbindlich. Ab diesem Zeitpunkt setzt der Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung den Nachweis einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung durch den Träger des zugelassenen Pflegeheims voraus.

Diese Rechtsfolge sieht Absatz 1 auch für Pflegeheime, die ab dem 1. Januar 2001 neu zugelassen werden, ab dem Zulassungszeitpunkt vor. Diese Rückwirkung ist jedoch nicht gewollt. Die Rechtsfolge soll für neu zugelassene Heime erst ab dem Inkrafttretenszeitpunkt des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (PQsG) am 1. Januar 2002 ausgelöst werden. Für davor zugelassene Pflegeheime soll die allgemeine Regelung gelten, d. h. der Nachweis einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung wird erst ab dem 1. Januar 2004 notwendig.

Zu Buchstabe b (§ 87a Abs. 3 Satz 1 SGB XI)

Korrektur eines redaktionellen Fehlers.

Zu Buchstabe c (§ 115 Abs. 1 Satz 1 SGB XI)

Die Anpassung ist aus redaktionellen Gründen erforderlich.

Zu Buchstabe d (§ 121 SGB XI – neu –)

Folgeänderung zu Artikel 3 (Änderung des 8. Euro-Einführungsgesetzes).

14. Zu den neu eingefügten bzw. in der Nummerierung geänderten Artikeln 5 und 6

Folgeänderung zur Einfügung der neuen Artikel 3 und 4.

15. Zu dem neuen Artikel 6

Mit dieser Änderung wird das Inkrafttreten des Gesetzes festgelegt.

Berlin, den 14. November 2001

Marga Elser
Berichterstatlerin

