

Bundesgesetzblatt ¹⁰¹³

Teil I

Z 5702 A

1994

Ausgegeben zu Bonn am 28. Mai 1994

Nr. 30

Tag	Inhalt	Seite
26. 5. 94	Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG)	1014
	FNA: neu: 860-11-1; neu: 860-11; neu: 800-19-3; 860-1, 860-4-1, 860-5, 860-6, 860-5-7, 820-1, 810-1, 830-2, 89-8-1, 800-18, 8253-1, 8252-3, 870-1, 8251-1, 8252-4, 2126-9, 2170-1, 2170-5, 621-1, 2032-1, 1101-8, 111-6, 240-10, 240-1, 611-1, 611-10-14, 610-7, 611-15, 63-1, 2212-2, 402-27, 330-1, 53-5, 53-3, 860-4-1-8, 860-4-1-7, 826-30-2-1, VIII-1, 806-21, 400-2, 800-4, 7100-1, 4100-1, 800-19-2, 9513-1, 800-5, 400-1, 4103-1, 4103-5 GESTA: G47	
16. 5. 94	Zweite Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Zuschläge zu dem Bedarf nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz bei einer Ausbildung im Ausland (2. BAföG-Zuschlags-VÄndV)	1074
	FNA: 2212-2-13	
18. 5. 94	Erste Verordnung zur Änderung der Verordnung über die kraftfahrzeugsteuerliche Behandlung von schweizerischen Straßenfahrzeugen im grenzüberschreitenden Verkehr	1076
	FNA: 611-17-3	

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

Vom 26. Mai 1994

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

Inhaltsübersicht

Erster Teil

Ergänzung des Sozialgesetzbuches

Artikel 1 Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale
Pflegeversicherung

Zweiter Teil

Änderung des Sozialgesetzbuches

Artikel 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch
Artikel 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch
Artikel 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
Artikel 5 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch

Dritter Teil

Änderung weiterer Gesetze

Artikel 6 Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der
gesetzlichen Krankenversicherung
Artikel 7 Reichsversicherungsordnung
Artikel 8 Arbeitsförderungsgesetz
Artikel 9 Bundesversorgungsgesetz
Artikel 10 Zweites Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die
Entschädigung für Opfer von Gewalttaten
Artikel 11 Arbeitssicherstellungsgesetz
Artikel 12 Künstlersozialversicherungsgesetz
Artikel 13 Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der
Landwirte
Artikel 14 Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur
Rehabilitation
Artikel 15 Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte
Artikel 16 Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirt-
schaftlichen Erwerbstätigkeit
Artikel 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz
Artikel 18 Bundessozialhilfegesetz
Artikel 19 Heimgesetz
Artikel 20 Lastenausgleichsgesetz
Artikel 21 Bundesbesoldungsgesetz
Artikel 22 Regelung für Amtsverhältnisse
Artikel 23 Abgeordnetengesetz und Europaabgeordnetengesetz
Artikel 24 Flüchtlingshilfegesetz
Artikel 25 Bundesvertriebenengesetz

Artikel 26 Einkommensteuergesetz
Artikel 27 Umsatzsteuergesetz
Artikel 28 Bewertungsgesetz
Artikel 29 Versicherungssteuergesetz
Artikel 30 Bundeshaushaltsordnung
Artikel 31 Bundesausbildungsförderungsgesetz
Artikel 32 Wohngeldgesetz
Artikel 33 Sozialgerichtsgesetz
Artikel 34 Eignungsübungsgesetz
Artikel 35 Unterhaltssicherungsgesetz

Vierter Teil

**Überleitungsvorschriften
zu den Artikeln 1 bis 35**

Artikel 36 Beitragsüberwachungsverordnung
Artikel 37 Beitragszahlungsverordnung
Artikel 38 Verordnung über die Erstattung von Aufwendungen
nach dem Gesetz zur Überführung von Ansprüchen
und Anwartschaften aus Zusatz- und Sonderversor-
gungssystemen des Beitrittsgebiets durch den Bund
Artikel 39 Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang
Artikel 40 Familienversicherung der Behinderten
Artikel 41 Übergangsregelungen für Fristen bei Wahlrechten der
Versicherten
Artikel 42 Behandlung der bestehenden privaten Pflegeversiche-
rungsverträge
Artikel 43 Beitragsbemessung bei landwirtschaftlichen Unter-
nehmern und mitarbeitenden Familienangehörigen
Artikel 44 Beitragsbemessung bei Wehr- und Zivildienstleis-
ten
Artikel 45 Bezieher von Pflegeleistungen nach den §§ 53 bis 57
des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch
Artikel 46 Aufbau der Verwaltung der Pflegekassen und Melde-
fristen
Artikel 47 Beitragsfreiheit für Pflegebedürftige in stationärer
Pflege
Artikel 48 Übergangsregelungen für Rentenbezieher
Artikel 49 Weitergeltung von Vergütungen und Pflegesätzen
Artikel 50 Übergangsregelung zum Bundessozialhilfegesetz,
Bundesversorgungsgesetz und Lastenausgleichs-
gesetz
Artikel 51 Pflegegeld nach dem Bundessozialhilfegesetz
Artikel 52 Finanzhilfen für Investitionen in Pflegeeinrichtungen
im Beitrittsgebiet

Fünfter Teil

**Änderung der Entgeltfortzahlung
an Feiertagen und im Krankheitsfall**

- Artikel 53 Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz)
- Artikel 54 Arbeitsgesetzbuch der DDR
- Artikel 55 Berufsbildungsgesetz
- Artikel 56 Bürgerliches Gesetzbuch
- Artikel 57 Bundesurlaubsgesetz
- Artikel 58 Gewerbeordnung
- Artikel 59 Handelsgesetzbuch
- Artikel 60 Lohnfortzahlungsgesetz
- Artikel 61 Seemannsgesetz
- Artikel 62 Feiertagslohnzahlungsgesetz
- Artikel 63 Einführungsgesetz zum Bürgerlichen Gesetzbuche
- Artikel 64 Binnenschiffahrtsgesetz
- Artikel 65 Gesetz betreffend die privatrechtlichen Verhältnisse der Flößerei
- Artikel 66 Unanwendbarkeit von Maßgaben

Sechster Teil

**Überleitungsvorschriften
zu Artikel 5 Nr. 5 und zu den Artikeln 53 bis 66**

- Artikel 67 Überleitungsvorschriften

Siebter Teil

Schlußvorschriften

- Artikel 68 Inkrafttreten der häuslichen Pflege und sonstiger Vorschriften
- Artikel 69 Inkrafttreten der stationären Pflege

Erster Teil

Ergänzung des Sozialgesetzbuches

Artikel 1

Dem Sozialgesetzbuch wird das folgende Buch angefügt:

**„Sozialgesetzbuch (SGB)
Elftes Buch (XI)
Soziale Pflegeversicherung**

Inhaltsübersicht

Erstes Kapitel

Allgemeine Vorschriften

- § 1 Soziale Pflegeversicherung
- § 2 Selbstbestimmung
- § 3 Vorrang der häuslichen Pflege
- § 4 Art und Umfang der Leistungen
- § 5 Vorrang von Prävention und Rehabilitation
- § 6 Eigenverantwortung
- § 7 Aufklärung, Beratung
- § 8 Gemeinsame Verantwortung

- § 9 Aufgaben der Länder
- § 10 Aufgaben des Bundes
- § 11 Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen
- § 12 Aufgaben der Pflegekassen
- § 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

Zweites Kapitel

Leistungsberechtigter Personenkreis

- § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit
- § 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit
- § 16 Verordnungsermächtigung
- § 17 Richtlinien der Pflegekassen
- § 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
- § 19 Begriff der Pflegepersonen

Drittes Kapitel

Versicherungspflichtiger Personenkreis

- § 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung
- § 21 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen
- § 22 Befreiung von der Versicherungspflicht
- § 23 Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen
- § 24 Versicherungspflicht der Abgeordneten
- § 25 Familienversicherung
- § 26 Weiterversicherung
- § 27 Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages

Viertes Kapitel

Leistungen der Pflegeversicherung

Erster Abschnitt

Übersicht über die Leistungen

- § 28 Leistungsarten, Grundsätze

Zweiter Abschnitt

Gemeinsame Vorschriften

- § 29 Wirtschaftlichkeitsgebot
- § 30 Dynamisierung
- § 31 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege
- § 32 Vorläufige Leistungen zur Rehabilitation
- § 33 Leistungsvoraussetzungen
- § 34 Ruhen der Leistungsansprüche
- § 35 Erlöschen der Leistungsansprüche

Dritter Abschnitt

Leistungen

Erster Titel

Leistungen bei häuslicher Pflege

- § 36 Pflegesachleistung
- § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen
- § 38 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)
- § 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
- § 40 Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

Zweiter Titel	Dritter Abschnitt
Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege	Verwendung und Verwaltung der Mittel
§ 41 Tagespflege und Nachtpflege	§ 62 Mittel der Pflegekasse
§ 42 Kurzzeitpflege	§ 63 Betriebsmittel
Dritter Titel	§ 64 Rücklage
Vollstationäre Pflege	Vierter Abschnitt
§ 43 Inhalt der Leistung	Ausgleichsfonds, Finanzausgleich
Vierter Abschnitt	§ 65 Ausgleichsfonds
Leistungen für Pflegepersonen	§ 66 Finanzausgleich
§ 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen	§ 67 Monatlicher Ausgleich
§ 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	§ 68 Jahresausgleich
Fünftes Kapitel	Siebtes Kapitel
Organisation	Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern
Erster Abschnitt	Erster Abschnitt
Träger der Pflegeversicherung	Allgemeine Grundsätze
§ 46 Pflegekassen	§ 69 Sicherstellungsauftrag
§ 47 Satzung	§ 70 Beitragssatzstabilität
Zweiter Abschnitt	Zweiter Abschnitt
Zuständigkeit, Mitgliedschaft	Beziehungen zu den Pflegeeinrichtungen
§ 48 Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse und sonstige Versicherte	§ 71 Pflegeeinrichtungen
§ 49 Mitgliedschaft	§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag
Dritter Abschnitt	§ 73 Abschluß von Versorgungsverträgen
Meldungen	§ 74 Kündigung von Versorgungsverträgen
§ 50 Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung	§ 75 Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung
§ 51 Meldungen bei Mitgliedern der privaten Pflegeversicherung	§ 76 Schiedsstelle
Vierter Abschnitt	Dritter Abschnitt
Wahrnehmung der Verbandsaufgaben	Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern
§ 52 Aufgaben auf Landesebene	§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen
§ 53 Aufgaben auf Bundesebene	§ 78 Verträge über Pflegehilfsmittel
Sechstes Kapitel	Vierter Abschnitt
Finanzierung	Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätssicherung
Erster Abschnitt	§ 79 Wirtschaftlichkeitsprüfungen
Beiträge	§ 80 Qualitätssicherung
§ 54 Grundsatz	§ 81 Verfahrensregelungen
§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze	Achstes Kapitel
§ 56 Beitragsfreiheit	Pflegevergütung
§ 57 Beitragspflichtige Einnahmen	Erster Abschnitt
§ 58 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten	Allgemeine Vorschriften
§ 59 Beitragstragung bei anderen Mitgliedern	§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen
§ 60 Beitragszahlung	§ 83 Verordnung zur Regelung der Pflegevergütung
Zweiter Abschnitt	Zweiter Abschnitt
Beitragszuschüsse	Vergütung der stationären Pflegeleistungen
§ 61 Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Privatversicherte	§ 84 Bemessungsgrundsätze
	§ 85 Pflegesatzverfahren
	§ 86 Pflegesatzkommission
	§ 87 Unterkunft und Verpflegung
	§ 88 Zusatzleistungen

Dritter Abschnitt

Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen

- § 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung
- § 90 Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

Vierter Abschnitt

Kostenerstattung, Landespflegeausschüsse

- § 91 Kostenerstattung
- § 92 Landespflegeausschüsse

Neuntes Kapitel

Datenschutz und Statistik

Erster Abschnitt

Informationsgrundlagen

Erster Titel

Grundsätze der Datenverwendung

- § 93 Anzuwendende Vorschriften
- § 94 Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen
- § 95 Personenbezogene Daten bei den Verbänden der Pflegekassen
- § 96 Gemeinsame Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten
- § 97 Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst
- § 98 Forschungsvorhaben

Zweiter Titel

Informationsgrundlagen der Pflegekassen

- § 99 Versichertenverzeichnis
- § 100 Nachweispflicht bei Familienversicherung
- § 101 Pflegeversichertennummer
- § 102 Angaben über Leistungsvoraussetzungen
- § 103 Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

Zweiter Abschnitt

Übermittlung von Leistungsdaten

- § 104 Pflichten der Leistungserbringer
- § 105 Abrechnung pflegerischer Leistungen
- § 106 Abweichende Vereinbarungen

Dritter Abschnitt

Datenlöschung, Auskunftspflicht

- § 107 Löschen von Daten
- § 108 Auskünfte an Versicherte

Vierter Abschnitt

Statistik

- § 109 Pflegestatistiken

Zehntes Kapitel

Private Pflegeversicherung

- § 110 Regelungen für die private Pflegeversicherung
- § 111 Risikoausgleich

Elfte Kapitel

Bußgeldvorschrift

- § 112 Bußgeldvorschrift

Erstes Kapitel

Allgemeine Vorschriften

§ 1

Soziale Pflegeversicherung

(1) Zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit wird als neuer eigenständiger Zweig der Sozialversicherung eine soziale Pflegeversicherung geschaffen.

(2) In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Wer gegen Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, muß eine private Pflegeversicherung abschließen.

(3) Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen; ihre Aufgaben werden von den Krankenkassen (§ 4 des Fünften Buches) wahrgenommen.

(4) Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.

(5) Die Leistungen der Pflegeversicherung werden in Stufen eingeführt: die Leistungen bei häuslicher Pflege vom 1. April 1995, die Leistungen bei stationärer Pflege vom 1. Juli 1996 an.

(6) Die Ausgaben der Pflegeversicherung werden durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber finanziert. Die Beiträge richten sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Für versicherte Familienangehörige werden Beiträge nicht erhoben.

§ 2

Selbstbestimmung

(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten.

(2) Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. Ihren Wünschen zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden.

(3) Auf die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ist Rücksicht zu nehmen. Auf ihren Wunsch hin sollen sie stationäre Leistungen in einer Einrichtung erhalten, in der sie durch Geistliche ihres Bekenntnisses betreut werden können.

(4) Die Pflegebedürftigen sind auf die Rechte nach den Absätzen 2 und 3 hinzuweisen.

§ 3

Vorrang der häuslichen Pflege

Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen

Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.

§ 4

Art und Umfang der Leistungen

(1) Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung sowie Kostenerstattung, soweit es dieses Buch vorsieht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird.

(2) Bei häuslicher und teilstationärer Pflege ergänzen die Leistungen der Pflegeversicherung die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung. Bei vollstationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen von pflegebedingten Aufwendungen entlastet; die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst.

(3) Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige haben darauf hinzuwirken, daß die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

§ 5

Vorrang von Prävention und Rehabilitation

(1) Die Pflegekassen wirken bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, daß frühzeitig alle geeigneten Maßnahmen der Prävention, der Krankenbehandlung und der Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(2) Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre medizinischen und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.

§ 6

Eigenverantwortung

(1) Die Versicherten sollen durch gesundheitsbewußte Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen und durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und medizinischer Rehabilitation dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(2) Nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit haben die Pflegebedürftigen an Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und der aktivierenden Pflege mitzuwirken, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern.

§ 7

Aufklärung, Beratung

(1) Die Pflegekassen haben die Eigenverantwortung der Versicherten durch Aufklärung und Beratung über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung zu unterstützen und auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hinzuwirken.

(2) Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, zu unterrichten und zu beraten. Mit Einwilligung des Versicherten haben der behandelnde Arzt, das Krankenhaus, die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie die Sozialleistungsträger unverzüglich die zuständige Pflegekasse zu benachrichtigen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Für die Beratung erforderliche personenbezogene Daten dürfen nur mit Einwilligung des Versicherten erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

§ 8

Gemeinsame Verantwortung

(1) Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

(2) Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Sie tragen zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen bei; das gilt insbesondere für die Ergänzung des Angebots an häuslicher und stationärer Pflege durch neue Formen der teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege sowie für die Vorhaltung eines Angebots von die Pflege ergänzenden Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation. Sie unterstützen und fördern darüber hinaus die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung durch hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte sowie durch Angehörige, Nachbarn und Selbsthilfegruppen und wirken so auf eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung hin.

§ 9

Aufgaben der Länder

Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen.

§ 10

Aufgaben des Bundes

(1) Beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wird ein Ausschuß für Fragen der Pflegeversicherung gebildet, dem insbesondere die beteiligten Bundesressorts, die zuständigen obersten Landesbehörden, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesverbände der Behinderten,

die Verbände der privaten ambulanten Dienste und die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime angehören.

(2) Dem Ausschuß obliegt die Beratung der Bundesregierung in allen Angelegenheiten, die einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen dienen, insbesondere mit dem Ziel, die Durchführung dieses Buches zwischen Bund und Ländern abzustimmen und die soziale und private Pflegeversicherung zu verbessern und weiterzuentwickeln.

(3) Den Vorsitz und die Geschäfte führt das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

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

§ 11

Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

(1) Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.

(2) Bei der Durchführung dieses Buches sind die Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen zu wahren sowie deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit zu achten. Dem Auftrag kirchlicher und sonstiger Träger der freien Wohlfahrtspflege, kranke, gebrechliche und pflegebedürftige Menschen zu pflegen, zu betreuen, zu trösten und sie im Sterben zu begleiten, ist Rechnung zu tragen. Freigemeinnützige und private Träger haben Vorrang gegenüber öffentlichen Trägern.

(3) Die Bestimmungen des Heimgesetzes bleiben unberührt.

§ 12

Aufgaben der Pflegekassen

(1) Die Pflegekassen sind für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich. Sie arbeiten dabei mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen und wirken darauf hin, daß Mängel der pflegerischen Versorgungsstruktur beseitigt werden. Die Pflegekassen sollen zur Durchführung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 94 Abs. 2 bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(2) Die Pflegekassen wirken mit den Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung partnerschaftlich zusammen, um die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren. Sie stellen insbesondere sicher, daß im Einzelfall ärztliche Behandlung, Behandlungspflege, rehabilitative Maßnahmen, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinander greifen.

§ 13

Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

(1) Den Leistungen der Pflegeversicherung gehen die Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit

1. nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,
 2. aus der gesetzlichen Unfallversicherung und
 3. aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge
- vor.

(2) Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches bleiben unberührt.

(3) Die Leistungen der Pflegeversicherung gehen den Fürsorgeleistungen zur Pflege

1. nach dem Bundessozialhilfegesetz,
2. nach dem Lastenausgleichsgesetz, dem Reparations-schädengesetz und dem Flüchtlingshilfegesetz,
3. nach dem Bundesversorgungsgesetz (Kriegsopferfürsorge) und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,

vor. Weitergehende Leistungen zur Pflege nach diesen Gesetzen sowie die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz und dem Achten Buch bleiben unberührt.

(4) Treffen Pflegeleistungen mit Leistungen der Eingliederungshilfe oder 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.

(5) Die Leistungen der Pflegeversicherung bleiben als Einkommen bei Sozialleistungen, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, unberücksichtigt. Satz 1 gilt entsprechend bei Vertragsleistungen aus privaten Pflegeversicherungen, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind. Rechtsvorschriften, die weitergehende oder ergänzende Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung von der Einkommensermittlung ausschließen, bleiben unberührt.

Zweites Kapitel

Leistungsberechtigter Personenkreis

§ 14

Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

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

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

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

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

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

§ 15

Stufen der Pflegebedürftigkeit

(1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

1. **Pflegebedürftige der Pflegestufe I** (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
2. **Pflegebedürftige der Pflegestufe II** (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. **Pflegebedürftige der Pflegestufe III** (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

(2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(3) In der Verordnung nach § 16 und den Richtlinien nach § 17 ist näher zu regeln, welcher zeitliche Pflegeaufwand in den einzelnen Pflegestufen jeweils mindestens erforderlich ist.

§ 16

Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie und Senioren und dem Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zur näheren Abgrenzung der in § 14 genannten Merkmale der Pflegebedürftigkeit sowie der Pflegestufen nach § 15 zu erlassen.

§ 17

Richtlinien der Pflegekassen

(1) Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen im Interesse einer einheitlichen Rechtsanwendung gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen Richtlinien zur näheren Abgrenzung der in § 14 genannten Merkmale der Pflegebedürftigkeit, der Pflegestufen nach § 15 und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Pflegeberufe und der Behinderten, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime sowie die Verbände der privaten ambulanten Dienste zu beteiligen. Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich Richtlinien zur Anwendung der Härtefallregelungen des § 36 Abs. 4 und des § 43 Abs. 2.

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

§ 18

Verfahren

zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(1) Die Pflegekassen haben durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Im Rahmen dieser Prüfungen hat der Medizinische Dienst auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation mit Ausnahme von Kuren.

(2) Der Medizinische Dienst hat den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt. Die

Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.

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

(4) Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. § 276 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(5) Der Medizinische Dienst hat der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung mitzuteilen und Maßnahmen zur Rehabilitation, Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

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

§ 19

Begriff der Pflegepersonen

Pflegepersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen.

Drittes Kapitel

Versicherungspflichtiger Personenkreis

§ 20

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

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

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen, die Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Eingliederungsgeld, Eingliederungshilfe für Spätaussiedler, Unterhaltsgeld oder Altersübergangsgeld nach dem Arbeitsförderungsgesetz beziehen,
3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler, die nach § 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtig sind,

4. selbständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für Behinderte für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation sowie an Berufsfindung oder Arbeitserschließung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. Behinderte, die in nach dem Schwerbehindertengesetz anerkannten Werkstätten für Behinderte oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. Behinderte, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
10. Personen, die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt beschäftigt sind oder die eine Fachschule oder Berufsfachschule besuchen oder eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit verrichten (Praktikanten); Auszubildende des Zweiten Bildungsweges, die sich in einem nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnittes befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

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

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

(4) Nehmen Personen, die mindestens zehn Jahre nicht in der sozialen Pflegeversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig waren, eine dem äußeren Anschein nach versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit von unter-

geordneter wirtschaftlicher Bedeutung auf, besteht die widerlegbare Vermutung, daß eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nach Absatz 1 Nr. 1 oder eine versicherungspflichtige selbständige Tätigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 oder 4 tatsächlich nicht ausgeübt wird. Dies gilt insbesondere für eine Beschäftigung bei Familienangehörigen.

§ 21

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen

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

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

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

§ 22

Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Personen, die nach § 20 Abs. 3 in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, können auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie nachweisen, daß sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht nach § 25 versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. Die befreiten Personen sind verpflichtet, den Versicherungsvertrag aufrechtzuerhalten, solange sie krankenversichert sind. Personen, die bei Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen erhalten, sind zum Abschluß einer entsprechenden anteiligen Versicherung im Sinne des Satzes 1 verpflichtet.

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

§ 23

Versicherungspflicht für Versicherte des privaten Krankenversicherungsunternehmens

(1) Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, sind vorbehaltlich des Absatzes 2 verpflichtet, bei diesem Unternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten. Der Vertrag muß ab dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht für sie selbst und ihre Angehörigen, für die in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 eine Familienversicherung bestünde, Vertragsleistungen vorsehen, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. Dabei tritt an die Stelle der Sachleistungen eine der Höhe nach gleiche Kosten-erstattung.

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

(3) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, sind zum Abschluß einer entsprechenden anteiligen beihilfekonformen Versicherung im Sinne des Absatzes 1 verpflichtet, sofern sie nicht nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für

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

(5) Die Absätze 1, 3 und 4 gelten nicht für Personen, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits Pflegeleistungen nach § 35 Abs. 6 des Bundesversorgungsgesetzes, nach § 558 Abs. 2 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung, nach § 34 des Beamtenversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen erhalten, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, sofern sie keine Familienangehörigen haben, für die in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 eine Familienversicherung bestünde.

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

1. für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einer Pflegestufe dieselben Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung anzulegen und
2. die in der sozialen Pflegeversicherung zurückgelegte Versicherungszeit des Mitglieds und seiner nach § 25 familienversicherten Angehörigen auf die Wartezeit anzurechnen.

§ 24

Versicherungspflicht der Abgeordneten

Mitglieder des Bundestages, des Europäischen Parlaments und der Parlamente der Länder (Abgeordnete) sind unbeschadet einer bereits nach § 20 Abs. 3 oder § 23 Abs. 1 bestehenden Versicherungspflicht verpflichtet, gegenüber dem jeweiligen Parlamentspräsidenten nachzuweisen, daß sie sich gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert haben. Das gleiche gilt für die Bezieher von Versorgungsleistungen nach den jeweiligen Abgeordnetengesetzen des Bundes und der Länder.

§ 25

Familienversicherung

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

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind,
3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

§ 7 Abs. 1 Satz 3 und 4 und Abs. 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gilt entsprechend.

(2) Kinder sind versichert:

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres leisten; wird die Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum über das 25. Lebensjahr hinaus,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war.

§ 10 Abs. 4 und 5 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte des Mitglieds nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Beitragsbemessungsgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

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

§ 26

Weiterversicherung

(1) Personen, die aus der Versicherungspflicht nach § 20 oder § 21 ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens zwölf Monate versichert waren, können sich auf Antrag in der sozialen Pflegeversicherung weiterversichern, sofern für sie keine Versicherungspflicht nach § 23 Abs. 1 eintritt. Dies gilt auch für Personen, deren Familienversicherung nach § 25 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 25 Abs. 3 vorliegen. Der Antrag ist in den Fällen des Satzes 1 innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Mitgliedschaft, in den Fällen des Satzes 2 nach Beendigung der Familienversicherung oder nach Geburt des Kindes bei der zuständigen Pflegekasse zu stellen.

(2) Personen, die wegen der Verlegung ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland aus der Versicherungspflicht ausscheiden, können sich auf Antrag weiterversichern. Der Antrag ist bis spätestens einen Monat nach Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse zu stellen, bei der die Versicherung zuletzt bestand. Die Weiterversicherung erstreckt sich auch auf die nach § 25 versicherten Familienangehörigen, die gemeinsam mit dem Mitglied ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in das Ausland verlegen. Für Familienangehörige, die im Inland verbleiben, endet die Familienversicherung nach § 25 mit dem Tag, an dem das Mitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt.

§ 27

Kündigung**eines privaten Pflegeversicherungsvertrages**

Personen, die nach den §§ 20 oder 21 versicherungspflichtig werden und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, können ihren Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Das Kündigungsrecht gilt auch für Familienangehörige, wenn für sie eine Familienversicherung nach § 25 eintritt.

Viertes Kapitel**Leistungen der Pflegeversicherung****Erster Abschnitt****Übersicht über die Leistungen**

§ 28

Leistungsarten, Grundsätze

(1) Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:

1. Pflegesachleistung (§ 36),
2. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37),
3. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38),

4. häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),
5. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (§ 40),
6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),
7. Kurzzeitpflege (§ 42),
8. vollstationäre Pflege (§ 43),
9. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),
10. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45).

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

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

(4) Die Pflege soll auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen. Um der Gefahr einer Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden.

Zweiter Abschnitt Gemeinsame Vorschriften

§ 29

Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Pflegebedürftige nicht beanspruchen, dürfen die Pflegekassen nicht bewilligen und dürfen die Leistungserbringer nicht zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung bewirken.

(2) Leistungen dürfen nur bei Leistungserbringern in Anspruch genommen werden, mit denen die Pflegekassen oder die für sie tätigen Verbände Verträge abgeschlossen haben.

§ 30

Dynamisierung

Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Höhe der Leistungen im Rahmen des geltenden Beitragssatzes (§ 55 Abs. 1) und der sich daraus ergebenden Einnahmementwicklung anzupassen.

§ 31

Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

(1) Die Pflegekassen prüfen im Einzelfall, welche Leistungen zur Rehabilitation geeignet und zumutbar sind, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Werden Leistungen nach

diesem Buch gewährt, ist bei Nachuntersuchungen die Frage geeigneter und zumutbarer Leistungen zur Rehabilitation mit zu prüfen.

(2) Die Pflegekassen haben bei der Einleitung und Ausführung der Leistungen zur Pflege sowie bei Beratung, Auskunft und Aufklärung mit den Trägern der Rehabilitation eng zusammenzuarbeiten, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten.

(3) Wenn eine Pflegekasse feststellt, daß im Einzelfall Leistungen zur Rehabilitation angezeigt sind, hat sie dies dem zuständigen Träger der Rehabilitation unverzüglich mitzuteilen.

(4) Die Pflegekassen unterstützen die Versicherten auch bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Rehabilitation, insbesondere bei der Antragstellung.

§ 32

Vorläufige Leistungen zur Rehabilitation

(1) Die Pflegekasse kann ambulante medizinische Leistungen zur Rehabilitation ausnahmsweise vorläufig erbringen, wenn eine sofortige Leistungserbringung erforderlich ist, um eine unmittelbar drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhüten, und sonst die sofortige Einleitung der Maßnahmen gefährdet wäre.

(2) Die Pflegekasse hat zuvor den zuständigen Träger zu unterrichten und auf die Eilbedürftigkeit der Leistungsgewährung hinzuweisen; wird dieser nicht rechtzeitig tätig, erbringt die Pflegekasse die Leistungen vorläufig.

§ 33

Leistungsvoraussetzungen

(1) Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt.

(2) Anspruch auf Leistungen besteht:

1. in der Zeit vom 1. Januar 1996 bis 31. Dezember 1996, wenn der Versicherte vor der Antragstellung mindestens ein Jahr,
2. in der Zeit vom 1. Januar 1997 bis 31. Dezember 1997, wenn der Versicherte vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre,
3. in der Zeit vom 1. Januar 1998 bis 31. Dezember 1998, wenn der Versicherte vor der Antragstellung mindestens drei Jahre,
4. in der Zeit vom 1. Januar 1999 bis 31. Dezember 1999, wenn der Versicherte vor der Antragstellung mindestens vier Jahre,
5. in der Zeit ab 1. Januar 2000, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens fünf Jahre

als Mitglied versichert oder nach § 25 familienversichert war. Zeiten der Weiterversicherung nach § 26 Abs. 2 werden bei der Ermittlung der nach Satz 1 erforderlichen

Vorversicherungszeit mitberücksichtigt. Für versicherte Kinder gilt die Vorversicherungszeit nach Satz 1 als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

(3) Personen, die wegen des Eintritts von Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung aus der privaten Pflegeversicherung ausscheiden, ist die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Vorversicherungszeit nach Absatz 2 anzurechnen.

(4) Absatz 2 gilt nicht für Personen, für die auf Grund der Regelung des Artikels 28 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) zum 1. Januar 1997 Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung und damit nach § 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung eintritt.

§ 34

Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

- solange sich Versicherte im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden,
- soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht, sowie für die Dauer einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege.

§ 35

Erlöschen der Leistungsansprüche

Der Anspruch auf Leistungen erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit in diesem Buch nichts Abweichendes bestimmt ist.

Dritter Abschnitt

Leistungen

Erster Titel

Leistungen bei häuslicher Pflege

§ 36

Pflegesachleistung

(1) Pflegebedürftige, die in ihrem Haushalt oder einem anderen Haushalt, in den sie aufgenommen sind, gepflegt werden, erhalten Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe).

Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden.

(2) Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 14 genannten Einrichtungen.

(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfaßt je Kalendermonat:

- für Pflegebedürftige der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 750 Deutsche Mark,
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1 800 Deutsche Mark,
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 2 800 Deutsche Mark.

(4) Die Pflegekassen können in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 3 750 Deutsche Mark monatlich gewähren, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muß. Die Pflegekassen haben sicherzustellen, daß die Ausnahmeregelung des Satzes 1 insgesamt für nicht mehr als drei vom Hundert der Pflegebedürftigen der Pflegestufe III Anwendung findet.

§ 37

Pflegegeld

für selbst beschaffte Pflegehilfen

(1) Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, daß der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch eine Pflegeperson in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat:

- für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 400 Deutsche Mark,
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 800 Deutsche Mark,
- für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 1 300 Deutsche Mark.

(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen.

(3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, sind verpflichtet,

- bei Pflegestufe I und II mindestens einmal halbjährlich,
 - bei Pflegestufe III mindestens einmal vierteljährlich
- einen Pflegeeinsatz durch eine Pflegeeinrichtung, mit der die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, abzurufen. Die Kosten des Pflegeeinsatzes werden dem Pflegebedürftigen von der Pflegekasse auf Nachweis unter Anrechnung auf das Pflegegeld erstattet.

§ 38

**Kombination
von Geldleistung und Sachleistung
(Kombinationsleistung)**

Nimmt der Pflegebedürftige die ihm nach § 36 Abs. 3 zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 37. Das Pflegegeld wird um den Vorhundertersatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

§ 39

**Häusliche Pflege
bei Verhinderung der Pflegeperson**

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten für eine Ersatzpflegekraft für längstens vier Wochen je Kalenderjahr. Voraussetzung ist, daß die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall 2 800 Deutsche Mark im Kalenderjahr nicht überschreiten.

§ 40

Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes.

(2) Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 60 Deutsche Mark nicht übersteigen.

(3) Die Pflegekassen sollen technische Hilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, daß die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Hilfsmittel mit Ausnahme der Hilfsmittel nach Absatz 2 eine Zuzahlung von zehn vom Hundert, höchstens jedoch 50 Deutsche Mark je Hilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten. Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung der §§ 61, 62 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien. Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Hilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Hilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen.

(4) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Höhe der Zuschüsse ist unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit von dem Einkommen des Pflegebedürftigen zu bemessen. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 5 000 Deutsche Mark je Maßnahme nicht übersteigen.

(5) Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie und Senioren und dem Bundesministerium für Gesundheit und mit Zustimmung des Bundesrates die im Rahmen der Pflegeversicherung zu gewährenden Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen zu bestimmen.

Zweiter Titel

Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

§ 41

Tagespflege und Nachtpflege

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Die teilstationäre Pflege umfaßt auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.

(2) Die Pflegekasse übernimmt die Aufwendungen der teilstationären Pflege:

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I im Wert bis zu 750 Deutsche Mark,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II im Wert bis zu 1 500 Deutsche Mark,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III im Wert bis zu 2 100 Deutsche Mark

je Kalendermonat.

(3) Pflegebedürftige erhalten zusätzlich zu den Leistungen nach Absatz 2 ein anteiliges Pflegegeld, wenn der für die jeweilige Pflegestufe vorgesehene Höchstwert der Sachleistung nicht voll ausgeschöpft wird. § 38 Satz 2 gilt entsprechend. Sachleistungen nach § 36 können neben den Leistungen nach Absatz 2 in Anspruch genommen werden, die Aufwendungen dürfen jedoch insgesamt je Kalendermonat den in § 36 Abs. 3 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Gesamtwert nicht übersteigen.

§ 42

Kurzzeitpflege

(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung.

Dies gilt:

1. für eine Übergangszeit im Anschluß an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Voraussetzung ist in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 2, daß die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vorher mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen der Pflegekasse für die Kurzzeitpflege dürfen 2 800 Deutsche Mark im Kalenderjahr nicht übersteigen.

Dritter Titel

Vollstationäre Pflege

§ 43

Inhalt der Leistung

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

(2) Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen bis zu 2 800 Deutsche Mark monatlich; dabei dürfen die jährlichen Ausgaben der Pflegekassen im Durchschnitt 30 000 Deutsche Mark je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Pflegebedingt sind die Aufwendungen für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung (allgemeine Pflegeleistungen). Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung und für Zusatzleistungen nach § 88 haben die Pflegebedürftigen zu tragen. Die Pflegekassen können bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III über die Beträge nach Satz 1 hinaus in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen 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 oder im Endstadium von Krebserkrankungen. Die Pflegekassen haben sicherzustellen, daß die Ausnahmeregelung des Satzes 4 insgesamt für nicht mehr als fünf vom Hundert der Pflegebedürftigen der Pflegestufe III Anwendung findet.

(3) Wählen Pflegebedürftige vollstationäre Pflege, obwohl diese nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuß in Höhe des in § 36 Abs. 3 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Gesamtwertes.

Vierter Abschnitt

Leistungen für Pflegepersonen

§ 44

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(1) Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Sinne des § 19 entrichtet die soziale Pflegeversicherung oder das private Versicherungsunternehmen, bei dem eine private Pflege-Pflichtversicherung

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

(2) Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben die in der Renten- und Unfallversicherung zu versichernde Pflegeperson den zuständigen Renten- und Unfallversicherungsträgern zu melden. Die Meldung für die Pflegeperson enthält:

1. ihre Versicherungsnummer, soweit bekannt,
2. ihren Familien- und Vornamen,
3. ihr Geburtsdatum,
4. ihre Staatsangehörigkeit,
5. ihre Anschrift,
6. Beginn und Ende der Pflege Tätigkeit,
7. die Pflegestufe des Pflegebedürftigen und
8. die unter Berücksichtigung des Umfangs der Pflege Tätigkeit nach § 166 des Sechsten Buches maßgeblichen beitragspflichtigen Einnahmen.

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

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

§ 45

Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

(1) Die Pflegekassen sollen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung kann auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden.

(2) Die Pflegekasse kann die Kurse entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen.

(3) Über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse können die Landesverbände der Pflegekassen und die Verbände der Ersatzkassen, soweit sie Aufgaben der Pflegeversicherung auf Landesebene wahrnehmen, Rahmenvereinbarungen mit den Trägern der Einrichtungen schließen, die die Pflegekurse durchführen.

Fünftes Kapitel

Organisation

Erster Abschnitt

Träger der Pflegeversicherung

§ 46

Pflegekassen

(1) Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. Bei jeder Krankenkasse (§ 4 Abs. 2 des Fünften Buches) wird eine Pflegekasse errichtet. Bei der Seekasse wird die Pflegeversicherung in einer besonderen Abteilung unter dem Namen See-Pflegekasse durchgeführt. Über die Einnahmen und Ausgaben der See-Pflegekasse ist eine gesonderte Rechnung zu führen. Ihre Mittel sind getrennt zu verwalten. Die Bundesknappschaft führt die Pflegeversicherung für die knappschaftlich Versicherten durch.

(2) Die Pflegekassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Organe der Pflegekassen sind die Organe der Krankenkassen, bei denen sie errichtet sind. Arbeitgeber (Dienstherr) der für die Pflegekasse tätigen Beschäftigten ist die Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist. Bei der Ausführung dieses Buches ist das Erste Kapitel des Zehnten Buches anzuwenden.

(3) Die Verwaltungskosten einschließlich der Personalkosten, die den Krankenkassen auf Grund dieses Buches entstehen, werden von den Pflegekassen in Höhe von 3,5 vom Hundert des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen erstattet. Der Gesamtbetrag der nach Satz 1 zu erstattenden Verwaltungskosten aller Krankenkassen ist nach dem tatsächlich entstehenden Aufwand (Beitragseinzug/Leistungsgewährung) auf die Krankenkassen zu verteilen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen das Nähere über die Verteilung; § 213 des Fünften Buches gilt. Außerdem übernehmen die Pflegekassen 50 vom Hundert der Kosten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Personelle Verwaltungskosten, die einer Betriebskrankenkasse von der Pflegekasse erstattet werden, sind an den Arbeitgeber weiterzuleiten, wenn er die Personalkosten der Betriebskrankenkasse nach § 147 Abs. 2 des Fünften Buches trägt. Der Verwaltungsaufwand in der sozialen Pflegeversicherung ist nach Ablauf von einem Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu überprüfen.

(4) Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres über die Erstattung der Verwaltungskosten zu regeln sowie die Höhe der Verwaltungskostenerstattung neu festzusetzen, wenn die Überprüfung des Verwaltungsaufwandes nach Absatz 3 Satz 6 dies rechtfertigt.

(5) Bei Vereinigung, Auflösung und Schließung einer Krankenkasse gelten die §§ 143 bis 172 des Fünften Buches für die bei ihr errichtete Pflegekasse entsprechend.

(6) Die Aufsicht über die Pflegekassen führen die für die Aufsicht über die Krankenkassen zuständigen Stellen. Das Bundesversicherungsamt und die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder haben mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-

Rechnungs- und Betriebsführung der ihrer Aufsicht unterstehenden Pflegekassen zu prüfen. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Prüfung der bundesunmittelbaren Pflegekassen, die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können die Prüfung der landesunmittelbaren Pflegekassen auf eine öffentlich-rechtliche Prüfungseinrichtung übertragen, die bei der Durchführung der Prüfung unabhängig ist. Die Prüfung hat sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb zu erstrecken; sie umfaßt die Prüfung seiner Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Pflegekassen haben auf Verlangen alle Unterlagen vorzulegen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur Durchführung der Prüfung erforderlich sind. § 274 Abs. 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

§ 47

Satzung

(1) Die Satzung muß Bestimmungen enthalten über:

1. Name und Sitz der Pflegekasse,
2. Bezirk der Pflegekasse und Kreis der Mitglieder,
3. Fälligkeit und Zahlung der Beiträge,
4. Rechte und Pflichten der Organe,
5. Art der Beschlußfassung der Vertreterversammlung,
6. Bemessung der Entschädigungen für Organmitglieder, soweit sie Aufgaben der Pflegeversicherung wahrnehmen,
7. jährliche Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung und Abnahme der Jahresrechnung,
8. Zusammensetzung und Sitz der Widerspruchsstelle und
9. Art der Bekanntmachungen.

(2) Die Satzung und ihre Änderungen bedürfen der Genehmigung der Behörde, die für die Genehmigung der Satzung der Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist, zuständig ist.

Zweiter Abschnitt

Zuständigkeit, Mitgliedschaft

§ 48

Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse und sonstige Versicherte

(1) Für die Durchführung der Pflegeversicherung ist jeweils die Pflegekasse zuständig, die bei der Krankenkasse errichtet ist, bei der eine Pflichtmitgliedschaft oder freiwillige Mitgliedschaft besteht. Für Familienversicherte nach § 25 ist die Pflegekasse des Mitglieds zuständig.

(2) Für Personen, die nach § 21 Nr. 1 bis 5 versichert sind, ist die Pflegekasse zuständig, die bei der Krankenkasse errichtet ist, die mit der Leistungserbringung im Krankheitsfall beauftragt ist. Ist keine Krankenkasse mit der Leistungserbringung im Krankheitsfall beauftragt, kann der Versicherte die Pflegekasse nach Maßgabe des Absatzes 3 wählen.

(3) Personen, die nach § 21 Nr. 6 versichert sind, können die Mitgliedschaft wählen bei der Pflegekasse, die bei

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

Ab 1. Januar 1996 können sie die Mitgliedschaft bei der Pflegekasse wählen, die bei der Krankenkasse errichtet ist, die sie nach § 173 Abs. 2 des Fünften Buches wählen könnten, wenn sie in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wären.

§ 49

Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft bei einer Pflegekasse beginnt mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen des § 20 oder des § 21 vorliegen. Sie endet mit dem Tod des Mitglieds oder mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen des § 20 oder des § 21 entfallen, sofern nicht das Recht zur Weiterversicherung nach § 26 ausgeübt wird.

(2) Für das Fortbestehen der Mitgliedschaft gelten die §§ 189, 192 des Fünften Buches sowie § 25 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend. Für Leistungsempfänger nach dem Arbeitsförderungsgesetz gilt § 155 Abs. 2 des Arbeitsförderungsgesetzes entsprechend.

(3) Die Mitgliedschaft Weiterversicherter endet:

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

Die Mitgliedschaft der nach § 26 Abs. 2 Weiterversicherten endet darüber hinaus mit Ablauf des nächsten Zahltages, wenn für zwei Monate die fälligen Beiträge trotz Hinweises auf die Folgen nicht entrichtet wurden.

Dritter Abschnitt

Meldungen

§ 50

Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung

(1) Alle nach § 20 versicherungspflichtigen Mitglieder haben sich selbst unverzüglich bei der für sie zuständigen Pflegekasse anzumelden. Dies gilt nicht, wenn ein Dritter bereits eine Meldung nach den §§ 28a bis 28c des Vierten Buches, §§ 199 bis 205 des Fünften Buches, § 161 des Arbeitsförderungsgesetzes oder §§ 27 bis 29 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zur gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben hat; die Meldung zur gesetzlichen Krankenversicherung schließt die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung ein. Bei freiwillig versicherten Mitgliedern der gesetzlichen

Krankenversicherung gilt die Beitrittserklärung zur gesetzlichen Krankenversicherung als Meldung zur sozialen Pflegeversicherung.

(2) Für die nach § 21 versicherungspflichtigen Mitglieder haben eine Meldung an die zuständige Pflegekasse zu erstatten:

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

(3) Personen, die versichert sind oder als Versicherte in Betracht kommen, haben der Pflegekasse, soweit sie nicht nach § 28o des Vierten Buches auskunftspflichtig sind,

1. auf Verlangen über alle für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht und für die Durchführung der der Pflegekasse übertragenen Aufgaben erforderlichen Tatsachen unverzüglich Auskunft zu erteilen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht erheblich sind und nicht durch Dritte gemeldet werden, unverzüglich mitzuteilen.

Sie haben auf Verlangen die Unterlagen, aus denen die Tatsachen oder die Änderung der Verhältnisse hervorgehen, der Pflegekasse in deren Geschäftsräumen unverzüglich vorzulegen.

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

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

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

§ 51

Meldungen bei Mitgliedern der privaten Pflegeversicherung

(1) Das private Versicherungsunternehmen hat Personen, die bei ihm gegen Krankheit versichert sind und trotz Aufforderung innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes, bei Neu-

abschließen von Krankenversicherungsverträgen innerhalb von drei Monaten nach Abschluß des Vertrages, keinen privaten Pflegeversicherungsvertrag abgeschlossen haben, unverzüglich dem Bundesversicherungsamt zu melden. Das Versicherungsunternehmen hat auch Versicherungsnehmer zu melden, die mit der Entrichtung von sechs Monatsprämien in Verzug geraten sind. Das Bundesversicherungsamt kann mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Näheres über das Meldeverfahren vereinbaren.

(2) Der Dienstherr hat für Heilfürsorgeberechtigte, die weder privat krankenversichert noch Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, eine Meldung an das Bundesversicherungsamt zu erstatten. Die Postbeamtenkrankenkasse und die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten melden die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bei diesen Einrichtungen versicherten Mitglieder und mitversicherten Familienangehörigen an das Bundesversicherungsamt.

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

Vierter Abschnitt

Wahrnehmung der Verbandsaufgaben

§ 52

Aufgaben auf Landesebene

(1) Die Landesverbände der Ortskrankenkassen, der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen, die Bundesknappschaft, die nach § 36 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte als Landesverband tätigen landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen nehmen die Aufgaben der Landesverbände der Pflegekassen wahr. § 212 Abs. 5 Satz 4 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(2) Für die Aufgaben der Landesverbände nach Absatz 1 gilt § 211 des Fünften Buches entsprechend.

(3) Für die Aufsicht über die Landesverbände im Bereich der Aufgaben nach Absatz 1 gilt § 208 des Fünften Buches entsprechend.

§ 53

Aufgaben auf Bundesebene

(1) Die Bundesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen nehmen die Aufgaben der Bundesverbände der Pflegekassen wahr. Für die Aufgaben der Bundesverbände gilt § 217 des Fünften Buches entsprechend.

(2) Für die Aufsicht gilt § 214 des Fünften Buches entsprechend mit der Maßgabe, daß die Aufsicht vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam ausgeübt wird, soweit es sich um Aufgaben der Pflegeversicherung handelt.

(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen nehmen die Aufgaben der Spitzenverbände der Pflegekassen wahr. Für die Wahrnehmung der Aufgaben der Spitzenverbände gilt § 213 des Fünften Buches entsprechend;

kommen die erforderlichen Beschlüsse nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und vom Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam gesetzten Frist zustande, entscheidet das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

Sechstes Kapitel

Finanzierung

Erster Abschnitt

Beiträge

§ 54

Grundsatz

(1) Die Mittel für die Pflegeversicherung werden durch Beiträge sowie sonstige Einnahmen gedeckt.

(2) Die Beiträge werden nach einem Vomhundertsatz (Beitragssatz) von den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bis zur Beitragsbemessungsgrenze (§ 55) erhoben. Die Beiträge sind für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt. Für die Berechnung der Beiträge ist die Woche zu sieben, der Monat zu 30 und das Jahr zu 360 Tagen anzusetzen.

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

§ 55

Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Der Beitragssatz beträgt in der Zeit vom 1. Januar 1995 bis zum 30. Juni 1996 bundeseinheitlich 1 vom Hundert, in der Zeit ab 1. Juli 1996 bundeseinheitlich 1,7 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt. Für Personen, bei denen § 28 Abs. 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

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

§ 56

Beitragsfreiheit

(1) Familienangehörige sind für die Dauer der Familienversicherung nach § 25 beitragsfrei.

(2) Beitragsfreiheit besteht vom Zeitpunkt der Rentenantragstellung bis zum Beginn der Rente oder einer Geldleistung aus der Altershilfe für Landwirte für:

1. den hinterbliebenen Ehegatten eines Rentners, der bereits Rente bezogen hat, wenn Hinterbliebenenrente beantragt wird,
2. die Waise eines Rentners, der bereits Rente bezogen hat, vor Vollendung des 18. Lebensjahres; dies gilt auch für Waisen, deren verstorbener Elternteil Altersgeld, vorzeitiges Altersgeld oder Hinterbliebenengeld bezogen hat,
3. den hinterbliebenen Ehegatten eines Beziehers von Altersgeld oder vorzeitigem Altersgeld, wenn die Ehe vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen geschlossen wurde,

4. den hinterbliebenen Ehegatten eines Beziehers von Landabgaberechte.

Satz 1 gilt nicht, wenn der Rentenantragsteller eine eigene Rente, Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge erhält.

(3) Beitragsfrei sind Mitglieder für die Dauer des Bezuges von Mutterschafts- oder Erziehungsgeld. Die Beitragsfreiheit erstreckt sich nur auf die in Satz 1 genannten Leistungen.

(4) Beitragsfrei sind auf Antrag Mitglieder, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer 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, wenn sie keine Familienangehörigen haben, für die eine Versicherung nach § 25 besteht.

§ 57

Beitragspflichtige Einnahmen

(1) Bei Mitgliedern der Pflegekasse, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Beitragsbemessung die §§ 226 bis 238 und § 244 des Fünften Buches sowie § 157 Abs. 3 und § 163 Abs. 1 und 3 des Arbeitsförderungsgesetzes.

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

(3) Bei landwirtschaftlichen Unternehmern sowie bei mitarbeitenden Familienangehörigen wird auf den Krankenversicherungsbeitrag, der nach den Vorschriften des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte aus dem Arbeitseinkommen aus Land- und Forstwirtschaft zu zahlen ist, ein Zuschlag erhoben. Die Höhe des Zuschlages ergibt sich aus dem Verhältnis des Beitragssatzes nach § 55 Abs. 1 zu dem nach § 247 des Fünften Buches festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung stellt die Höhe des Zuschlages zum 1. Januar jeden Jahres fest. Er gilt vom 1. Juli des laufenden Jahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres. Für die Beitragsbemessung der Altenteiler gilt § 45 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.

(4) Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung und bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, ist für die Beitragsbemessung § 240 des Fünften Buches entsprechend anzuwenden. Für die Beitragsbemessung der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Rentenantragsteller und freiwillig versicherten Rentner finden darüber hinaus die §§ 238a und 239 des Fünften Buches entsprechende Anwendung. Abweichend von Satz 1 ist bei Mitgliedern nach § 20 Abs. 1 Nr. 10, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, § 236 des Fünften

Buches entsprechend anzuwenden; als beitragspflichtige Einnahmen der satzungsmäßigen Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlicher Personen, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, sind der Wert für gewährte Sachbezüge oder das ihnen zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung und dergleichen gezahlte Entgelt zugrunde zu legen. Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, die von einem Rehabilitationsträger Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld erhalten, gilt für die Beitragsbemessung § 235 Abs. 2 des Fünften Buches entsprechend; für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung freiwillig Versicherten gilt § 46 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.

(5) Der Beitragsberechnung von Personen, die nach § 26 Abs. 2 weiterversichert sind, werden für den Kalendertag der 180. Teil der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zugrunde gelegt.

§ 58

Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten

(1) Die nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 versicherungspflichtig Beschäftigten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, und ihre Arbeitgeber tragen die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte.

(2) Zum Ausgleich der mit den Arbeitgeberbeiträgen verbundenen Belastungen der Wirtschaft werden die Länder einen gesetzlichen landesweiten Feiertag, der stets auf einen Werktag fällt, aufheben.

(3) Die in Absatz 1 genannten Beschäftigten tragen die Beiträge in voller Höhe, wenn der Beschäftigungsort in einem Land liegt, in dem die am 31. Dezember 1993 bestehende Anzahl der gesetzlichen landesweiten Feiertage nicht um einen Feiertag, der stets auf einen Werktag fiel, vermindert worden ist.

(4) Wird in der Rechtsverordnung nach Artikel 69 des Pflege-Versicherungsgesetzes festgestellt, daß für die Zeit nach Inkrafttreten der stationären Pflegeleistungen die Aufhebung eines zweiten Feiertages erforderlich ist, trägt der Beschäftigte den zusätzlichen Beitrag von 0,7 vom Hundert allein, wenn der Beschäftigungsort in einem Land liegt, in dem nur ein Feiertag entsprechend Absatz 2 aufgehoben wurde; der Arbeitgeberanteil beschränkt sich in diesem Fall auf 0,5 vom Hundert des der Beitragsbemessung zugrundeliegenden Arbeitsentgelts.

(5) Die Aufhebung eines Feiertages wirkt für das gesamte Kalenderjahr. Handelt es sich um einen Feiertag, der im laufenden Kalenderjahr vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung über die Streichung liegt, wirkt die Aufhebung erst im folgenden Kalenderjahr.

(6) § 249 Abs. 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

§ 59

Beitragstragung bei anderen Mitgliedern

(1) Für die nach § 20 Abs. 1 Nr. 2 bis 11 versicherten Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Tragung der Beiträge die §§ 249a, 250

Abs. 1 und § 251 des Fünften Buches, § 48 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 157 Abs. 1 und § 163 Abs. 2 des Arbeitsförderungsgesetzes entsprechend. Bei Beziehern einer laufenden Geldleistung nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte und dem Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit werden die Beiträge von den Beziehern der Leistung und der Alterskasse je zur Hälfte getragen.

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

(3) Die Beiträge für die nach § 21 Nr. 1 bis 5 versicherten Leistungsempfänger werden vom jeweiligen Leistungsträger getragen. Beiträge auf Grund des Leistungsbezugs im Rahmen der Kriegsopferfürsorge gelten als Aufwendungen für die Kriegsopferfürsorge.

(4) Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, sowie Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach § 49 Abs. 2 Satz 1 erhalten bleibt oder die nach § 26 weiterversichert sind, und die nach § 21 Nr. 6 versicherten Soldaten auf Zeit tragen den Beitrag allein. Abweichend von Satz 1 werden für satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen die Beiträge auch bei einer Weiterversicherung nach § 26 von der Gemeinschaft allein getragen.

§ 60

Beitragszahlung

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Die §§ 253 bis 256 des Fünften Buches und § 50 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gelten entsprechend. Die aus einer laufenden Geldleistung nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte und dem Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit zu entrichtenden Beiträge werden von der Alterskasse gezahlt; § 28g Satz 1 des Vierten Buches gilt entsprechend.

(2) Für Bezieher von Krankengeld zahlen die Krankenkassen die Beiträge; für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 des Vierten Buches entsprechend. Die zur Tragung der Beiträge für die in § 21 Nr. 1 bis 5 genannten Mitglieder Verpflichteten können einen Dritten mit der Zahlung der Beiträge beauftragen und mit den Pflegekassen Näheres über die Zahlung und Abrechnung der Beiträge vereinbaren.

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

Zweiter Abschnitt Beitragszuschüsse

§ 61

Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Privatversicherte

(1) Beschäftigte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, erhalten unter den Voraussetzungen des § 58 von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuß, der in der Höhe begrenzt ist, auf den Betrag, der als Arbeitgeberanteil nach § 58 zu zahlen wäre. Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilmäßig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.

(2) Beschäftigte, die in Erfüllung ihrer Versicherungspflicht nach den §§ 22 und 23 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen dieses Buches gleichwertig sind, erhalten unter den Voraussetzungen des § 58 von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuß. Der Zuschuß ist in der Höhe begrenzt auf den Betrag, der als Arbeitgeberanteil bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung als Beitragsanteil zu zahlen wäre, höchstens jedoch auf die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine private Pflegeversicherung zu zahlen hat. Bestehen innerhalb desselben Zeitraumes mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.

(3) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei und als landwirtschaftliche Unternehmer nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber unter den Voraussetzungen des § 58 einen Beitragszuschuß zu dem nach § 57 Abs. 3 zu zahlenden Zuschlag; der Zuschuß ist in der Höhe begrenzt auf den Betrag, der als Arbeitgeberanteil nach § 58 zu zahlen wäre.

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

(5) Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation sowie an Berufsfindung oder Arbeiterprobung, für die nach § 23 Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht, erhalten vom zuständigen Leistungsträger einen Zuschuß zu ihrem privaten Pflegeversicherungsbeitrag. Als Zuschuß ist der Betrag zu zahlen, der von dem Leistungsträger als Beitrag bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre, höchstens jedoch der Betrag, der an das private Versicherungsunternehmen zu zahlen ist.

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

1. die Pflegeversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
3. die Pflegeversicherung nur zusammen mit der Krankenversicherung, nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt.

(7) Das Krankenversicherungsunternehmen hat dem Versicherungsnehmer eine Bescheinigung darüber auszuhändigen, daß ihm die Aufsichtsbehörde bestätigt hat, daß es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Absatz 6 genannten Voraussetzungen betreibt. Der Versicherungsnehmer hat diese Bescheinigung dem zur Zahlung des Beitragszuschusses Verpflichteten vorzulegen.

(8) Bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben und bei einem privaten Versicherungsunternehmen pflegeversichert sind, tritt an die Stelle des Zuschusses nach Absatz 2 die Beihilfe oder Heilfürsorge des Dienstherrn zu Aufwendungen aus Anlaß der Pflege. Hinsichtlich der Beitragszuschüsse für Abgeordnete, ehemalige Abgeordnete und deren Hinterbliebene wird auf die Bestimmungen in den jeweiligen Abgeordnetengesetzen verwiesen.

Dritter Abschnitt

Verwendung und Verwaltung der Mittel

§ 62

Mittel der Pflegekasse

Die Mittel der Pflegekasse umfassen die Betriebsmittel und die Rücklage.

§ 63

Betriebsmittel

(1) Die Betriebsmittel dürfen nur verwendet werden:

1. für die gesetzlich oder durch die Satzung vorgesehenen Aufgaben sowie für die Verwaltungskosten,
2. zur Auffüllung der Rücklage und zur Finanzierung des Ausgleichsfonds.

(2) Die Betriebsmittel dürfen im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das Einfache des nach dem Haushaltsplan der Pflegekasse auf einen Monat ent-

fallenden Betrages der in Absatz 1 Nr. 1 genannten Aufwendungen nicht übersteigen. Bei der Feststellung der vorhandenen Betriebsmittel sind die Forderungen und Verpflichtungen der Pflegekasse zu berücksichtigen, soweit sie nicht der Rücklage zuzuordnen sind. Durchlaufende Gelder bleiben außer Betracht.

(3) Die Betriebsmittel sind im erforderlichen Umfang bereitzuhalten und im übrigen so anzulegen, daß sie für den in Absatz 1 bestimmten Zweck verfügbar sind.

§ 64

Rücklage

(1) Die Pflegekasse hat zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit eine Rücklage zu bilden.

(2) Die Rücklage beträgt 50 vom Hundert des nach dem Haushaltsplan durchschnittlich auf den Monat entfallenden Betrages der Ausgaben (Rücklagesoll).

(3) Die Pflegekasse hat Mittel aus der Rücklage den Betriebsmitteln zuzuführen, wenn Einnahme- und Ausgabe-schwankungen innerhalb eines Haushaltsjahres nicht durch die Betriebsmittel ausgeglichen werden können.

(4) Übersteigt die Rücklage das Rücklagesoll, so ist der übersteigende Betrag den Betriebsmitteln bis zu der in § 63 Abs. 2 genannten Höhe zuzuführen. Darüber hinaus verbleibende Überschüsse sind bis zum 15. des Monats an den Ausgleichsfonds nach § 65 zu überweisen.

(5) Die Rücklage ist getrennt von den sonstigen Mitteln so anzulegen, daß sie für den nach Absatz 1 bestimmten Zweck verfügbar ist. Sie wird von der Pflegekasse verwaltet.

Vierter Abschnitt

Ausgleichsfonds, Finanzausgleich

§ 65

Ausgleichsfonds

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

1. den Beiträgen aus den Rentenzahlungen,
2. den von den Pflegekassen überwiesenen Überschüssen aus Betriebsmitteln und Rücklage (§ 64 Abs. 4).

(2) Die im Laufe eines Jahres entstehenden Kapitalerträge werden dem Sondervermögen gutgeschrieben.

(3) Die Mittel des Ausgleichsfonds sind so anzulegen, daß sie für den in den §§ 67, 68 genannten Zweck verfügbar sind.

§ 66

Finanzausgleich

(1) Die Leistungsaufwendungen sowie die Verwaltungskosten der Pflegekassen werden von allen Pflegekassen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen. Zu diesem Zweck findet zwischen allen Pflegekassen ein Finanzausgleich statt. Das Bundesversicherungsamt führt den Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen durch. Es hat Näheres zur Durch-

führung des Finanzausgleichs mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen zu vereinbaren. Die Vereinbarung ist für die Pflegekasse verbindlich.

(2) Das Bundesversicherungsamt kann zur Durchführung des Zahlungsverkehrs nähere Regelungen mit der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte treffen.

§ 67

Monatlicher Ausgleich

- (1) Jede Pflegekasse ermittelt bis zum 15. des Monats
1. die bis zum Ende des Vormonats gebuchten Ausgaben,
 2. die bis zum Ende des Vormonats gebuchten Einnahmen (Beitragsist),
 3. das Betriebsmittel- und Rücklagesoll,
 4. den am Ersten des laufenden Monats vorhandenen Betriebsmittelbestand (Betriebsmittelist) und die Höhe der Rücklage.

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

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

§ 68

Jahresausgleich

(1) Nach Ablauf des Kalenderjahres wird zwischen den Pflegekassen ein Jahresausgleich durchgeführt. Nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller Pflegekassen und der Jahresrechnung der Bundesknappschaft als Träger der knappschaftlichen Pflegeversicherung für das abgelaufene Kalenderjahr werden die Ergebnisse nach § 67 bereinigt.

(2) Werden nach Abschluß des Jahresausgleichs sachliche oder rechnerische Fehler in den Berechnungsgrundlagen festgestellt, hat das Bundesversicherungsamt diese bei der Ermittlung des nächsten Jahresausgleichs nach den zu diesem Zeitpunkt geltenden Vorschriften zu berücksichtigen.

(3) Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über:

1. die inhaltliche und zeitliche Abgrenzung und Ermittlung der Beträge nach den §§ 66 bis 68,
 2. die Fälligkeit der Beträge und Verzinsung bei Verzug,
 3. das Verfahren bei der Durchführung des Finanzausgleichs sowie die hierfür von den Pflegekassen mitzuteilenden Angaben
- regeln.

Siebttes Kapitel

Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern

Erster Abschnitt

Allgemeine Grundsätze

§ 69

Sicherstellungsauftrag

Die Pflegekassen haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag). Sie schließen hierzu Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen (§ 71) und sonstigen Leistungserbringern. Dabei sind die Vielfalt, die Unabhängigkeit und Selbstständigkeit sowie das Selbstverständnis der Träger von Pflegeeinrichtungen in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten.

§ 70

Beitragssatzstabilität

(1) Die Pflegekassen stellen in den Verträgen mit den Leistungserbringern über Art, Umfang und Vergütung der Leistungen sicher, daß ihre Leistungsausgaben die Beitragseinnahmen nicht überschreiten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität).

(2) Vereinbarungen über die Höhe der Vergütungen, die dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität widersprechen, sind unwirksam.

Zweiter Abschnitt

Beziehungen zu den Pflegeeinrichtungen

§ 71

Pflegeeinrichtungen

(1) Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

(2) Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige:

1. unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden,
2. ganztätig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können.

§ 72

Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

(1) Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art,

Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 43 Abs. 2) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).

(2) Der Versorgungsvertrag wird zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung oder einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger und den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land abgeschlossen, soweit nicht nach Landesrecht der örtliche Träger für die Pflegeeinrichtung zuständig ist. Er ist für die Pflegeeinrichtung und für alle Pflegekassen im Inland unmittelbar verbindlich.

(3) Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die den Anforderungen des § 71 genügen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten; ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages besteht, soweit und solange die Pflegeeinrichtung diese Voraussetzungen erfüllt. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Pflegeeinrichtungen sollen die Versorgungsverträge vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abgeschlossen werden. Bei ambulanten Pflegediensten ist der örtliche Einzugsbereich in den Versorgungsverträgen so festzulegen, daß lange Wege möglichst vermieden werden.

(4) Mit Abschluß des Versorgungsvertrages wird die Pflegeeinrichtung für die Dauer des Vertrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten zugelassen. Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet. Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Leistungen der Pflegeeinrichtung nach Maßgabe des Achten Kapitels zu vergüten.

§ 73

Abschluß von Versorgungsverträgen

(1) Der Versorgungsvertrag ist schriftlich abzuschließen.

(2) Gegen die Ablehnung eines Versorgungsvertrages durch die Landesverbände der Pflegekassen ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

(3) Mit Pflegeeinrichtungen, die vor dem 1. Januar 1995 ambulante Pflege, teilstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege auf Grund von Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Pflegeeinrichtung die Anforderungen nach § 72 Abs. 3 Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Pflegekassen dies im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (§ 72 Abs. 2 Satz 1) bis zum 30. Juni 1995 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen. Die Pflegeeinrichtung hat bis spätestens zum 31. März 1995 die Voraussetzungen für den Bestandsschutz nach den Sätzen 1 und 2 durch Vorlage von Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern sowie geeigneter Unterlagen zur Prüfung und Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit gegenüber einem Landesverband der Pflegekassen nachzuweisen. Der Versorgungsvertrag bleibt wirksam, bis er durch einen neuen Versorgungsvertrag abgelöst oder gemäß § 74 gekündigt wird.

(4) Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen gilt Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, daß der für die Vorlage

der Unterlagen nach Satz 3 maßgebliche Zeitpunkt der 30. September 1995 und der Stichtag nach Satz 2 der 30. Juni 1996 ist.

§ 74

Kündigung von Versorgungsverträgen

(1) Der Versorgungsvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Pflegekassen jedoch nur, wenn die zugelassene Pflegeeinrichtung nicht nur vorübergehend eine der Voraussetzungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 nicht oder nicht mehr erfüllt. Vor Kündigung durch die Landesverbände der Pflegekassen ist das Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (§ 72 Abs. 2 Satz 1) herzustellen.

(2) Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Pflegekassen auch ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn die Einrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern derart gröblich verletzt, daß ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist. Das gilt insbesondere dann, wenn Pflegebedürftige infolge der Pflichtverletzung zu Schaden kommen oder die Einrichtung nicht erbrachte Leistungen gegenüber den Kostenträgern abrechnet. Das gleiche gilt, wenn dem Träger eines Pflegeheimes nach dem Heimgesetz die Betriebserlaubnis entzogen oder der Betrieb des Heimes untersagt wird. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Die Kündigung bedarf der Schriftform. Für Klagen gegen die Kündigung gilt § 73 Abs. 2 entsprechend.

§ 75

Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen schließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Für Pflegeeinrichtungen, die einer Kirche oder Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenverträge auch von der Kirche oder Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Pflegeeinrichtung angehört. Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger, bei Rahmenverträgen über stationäre Pflege die überörtlichen Sozialhilfeträger und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger als Vertragspartei am Vertragschluß zu beteiligen. Die Rahmenverträge sind für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich.

(2) Die Verträge regeln insbesondere:

1. den Inhalt der Pflegeleistungen sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen,

2. die allgemeinen Bedingungen der Pflege einschließlich der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte,
3. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,
4. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege,
5. Abschlüsse von der Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit (Krankenhausaufenthalt, Beurlaubung) des Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim,
6. den Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen,
7. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen einschließlich der Verteilung der Prüfungskosten,
8. die Grundsätze zur Festlegung der örtlichen oder regionalen Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen, um Pflegeleistungen ohne lange Wege möglichst orts- und bürgernah anzubieten.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 über Regelungsbereiche, die die ambulante Pflege betreffen, bis zum 31. März 1995 ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 76 festgesetzt. Für Verträge über Regelungsbereiche, die die stationäre Pflege betreffen, gilt Satz 1 entsprechend mit der Maßgabe, daß Stichtag der 31. Dezember 1995 ist.

(4) Die Verträge nach Absatz 1 können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Satz 1 gilt entsprechend für die von der Schiedsstelle nach Absatz 3 getroffenen Regelungen. Diese können auch ohne Kündigung jederzeit durch einen Vertrag nach Absatz 1 ersetzt werden.

(5) Die Spitzenverbände der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sollen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben.

§ 76

Schiedsstelle

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen im Land bilden gemeinsam für jedes Land eine Schiedsstelle. Diese entscheidet in den ihr nach diesem Buch zugewiesenen Angelegenheiten.

(2) Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Der Schiedsstelle gehört auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie der überörtlichen Träger der Sozialhilfe im Land an, die auf die Zahl der Vertreter der Pflegekassen angerechnet werden. Die Vertreter der Pflegekassen und deren Stellvertreter werden von den Landesverbänden

der Pflegekassen, die Vertreter der Pflegeeinrichtungen und deren Stellvertreter von den Vereinigungen der Träger der Pflegedienste und Pflegeheime im Land bestellt; bei der Bestellung der Vertreter der Pflegeeinrichtungen ist die Trägervielfalt zu beachten. Der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch Los bestimmt. Soweit beteiligte Organisationen keinen Vertreter bestellen oder im Verfahren nach Satz 4 keine Kandidaten für das Amt des Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benennen, bestellt die zuständige Landesbehörde auf Antrag einer der beteiligten Organisationen die Vertreter und benennt die Kandidaten.

(3) Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde.

(5) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen.

Dritter Abschnitt

Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern

§ 77

Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

(1) Zur Gewährung häuslicher Pflege und zur hauswirtschaftlichen Versorgung können die Pflegekassen Verträge mit geeigneten einzelnen Pflegekräften schließen. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln.

(2) Die Pflegekassen können bei Bedarf einzelne Pflegekräfte zur Sicherstellung der häuslichen Pflege anstellen, für die hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen die gleichen Anforderungen wie für die zugelassenen Pflegedienste nach diesem Buch gelten.

§ 78

Verträge über Pflegehilfsmittel

(1) Die Spitzenverbände der Pflegekassen schließen mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln, soweit diese nicht nach den Vorschriften des Fünften Buches über die Hilfsmittel zu vergüten sind; dabei ist das Pflegehilfsmittelverzeichnis nach Absatz 2 zu beachten. In den Verträgen sind auch die Grundsätze und Maßstäbe sowie das Verfahren für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zu regeln.

(2) Die Spitzenverbände der Pflegekassen regeln mit Wirkung für ihre Mitglieder das Nähere zur Bemessung der Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 4 Satz 2. Sie erstellen als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 des Fünften Buches ein Verzeichnis der von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfaßten Pflegehilfsmittel (Pflegehilfsmittelverzeichnis), soweit diese nicht bereits im Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 des Fünften Buches enthalten sind, und schreiben es regelmäßig fort; darin sind gesondert die Pflegehilfsmittel auszuweisen, die:

1. durch Festbeträge vergütet werden; dabei sollen in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel in Gruppen zusammengefaßt werden,
2. für eine leihweise Überlassung an die Versicherten geeignet sind.

Die Verbände der betroffenen Leistungserbringer sowie die Verbände der Pflegeberufe und der Behinderten sind vor Erstellung und Fortschreibung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses anzuhören. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis ist im Bundesanzeiger bekanntzugeben.

(3) Die Spitzenverbände der Pflegekassen setzen für die in Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 bestimmten Pflegehilfsmittel einheitliche Festbeträge fest. Absatz 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

(4) Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren untereinander oder mit geeigneten Pflegeeinrichtungen das Nähere zur Ausleihe der hierfür nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 2 geeigneten Pflegehilfsmittel einschließlich ihrer Beschaffung, Lagerung und Wartung. Die Pflegebedürftigen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind von den Pflegekassen oder deren Verbänden in geeigneter Form über die Möglichkeit der Ausleihe zu unterrichten.

(5) Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, das Pflegehilfsmittelverzeichnis nach Absatz 2 und die Festbeträge nach Absatz 3 durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie und Senioren und mit Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen; § 40 Abs. 5 bleibt unberührt.

Vierter Abschnitt

Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätssicherung

§ 79

Wirtschaftlichkeitsprüfungen

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen können die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflegeleistungen durch von ihnen bestellte Sachverständige prüfen lassen; vor Bestellung der Sachverständigen ist der Träger der Pflegeeinrichtung zu hören. Bestehen Anhaltspunkte dafür, daß eine Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 nicht oder nicht mehr erfüllt, sind die Landesverbände zur Einleitung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung verpflichtet.

(2) Die Träger der Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, dem Sachverständigen auf Verlangen die für die Wahrnehmung seiner Aufgaben notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

(3) Das Prüfungsergebnis ist, unabhängig von den sich daraus ergebenden Folgerungen für eine Kündigung des Versorgungsvertrags nach § 74, in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung mit Wirkung für die Zukunft zu berücksichtigen.

§ 80

Qualitätssicherung

(1) Die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen. Sie arbeiten dabei mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, den Verbänden der Pflegeberufe und den Verbänden der Behinderten eng zusammen. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen; sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen; bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88). Die Pflegeeinrichtungen haben auf Verlangen der Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den von den Landesverbänden bestellten Sachverständigen die Prüfung der Qualität ihrer Leistungen durch Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichende Prüfungen zu ermöglichen. Die Prüfungen sind auf die Qualität der Pflege, der Versorgungsabläufe und der Pflegeergebnisse zu erstrecken. Für das Löschen der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erhobenen Daten gilt § 107 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 entsprechend.

(3) Das Ergebnis der Prüfung nach Absatz 2 ist der betroffenen Pflegeeinrichtung von den Landesverbänden der Pflegekassen mitzuteilen. Soweit Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen nach Anhörung der Pflegeeinrichtung und einer Vereinigung, der der Träger angehört, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Träger der Einrichtung hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Werden die Mängel nicht fristgerecht beseitigt, können die Landesverbände gemeinsam den Versorgungsvertrag gemäß § 74 Abs. 1, in schwerwiegenden Fällen nach § 74 Abs. 2 kündigen. § 73 Abs. 2 gilt entsprechend.

(4) Hat der Medizinische Dienst Erkenntnisse über Mängel aus Stichproben nach Absatz 2 Satz 2 gewonnen, ist er zur Übermittlung personenbezogener Daten an die Landesverbände der Pflegekassen befugt, soweit dies jeweils für die Anhörung und Erteilung eines Bescheides nach Absatz 3 Satz 2 erforderlich ist. Die Landesverbände der Pflegekassen sind befugt, die Daten nach Satz 1 der Pflegeeinrichtung zu übermitteln, soweit dies für die Anhörung oder eine Stellungnahme der Pflegeeinrichtung zu dem Bescheid nach Absatz 3 Satz 2 erforderlich ist.

(5) Kommen Vereinbarungen nach Absatz 1 bis zum 30. Juni 1995 nicht zustande, wird ihr Inhalt durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie und Senioren und dem Bundesministerium für Gesundheit und mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt.

§ 81

Verfahrensregelungen

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52) erfüllen die ihnen nach dem Siebten und Achten Kapitel zugewiesenen Aufgaben gemeinsam. Kommt eine Einigung ganz oder teilweise nicht zustande, gilt § 213 Abs. 2 des Fünften Buches entsprechend. Bei Entscheidungen, die von den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger oder den überörtlichen Sozialhilfeträgern gemeinsam zu treffen sind, werden die Arbeitsgemeinschaften oder die überörtlichen Träger mit zwei Vertretern an der Beschlußfassung nach Satz 1 in Verbindung mit § 213 Abs. 2 des Fünften Buches beteiligt.

(2) Absatz 1 gilt für die den Spitzenverbänden der Pflegekassen (§ 53) nach dem Siebten Kapitel zugewiesenen Aufgaben entsprechend.

Achtes Kapitel Pflegevergütung

Erster Abschnitt Allgemeine Vorschriften

§ 82

Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

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

1. eine leistungsgerechte Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen (Pflegevergütung) sowie
2. bei stationärer Pflege ein angemessenes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung.

Die Pflegevergütung ist von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen. Für Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Pflege hat der Pflegebedürftige selbst aufzukommen.

(2) In der Pflegevergütung und in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden für

1. Maßnahmen, die dazu bestimmt sind, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instandzuhalten oder instandzusetzen; ausgenommen sind die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 zuzuordnen sind,
2. den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken,
3. Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern,
4. den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen,

5. die Schließung von Pflegeeinrichtungen oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben.

(3) Soweit betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nach Absatz 2 Nr. 1 oder Aufwendungen für Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstige abschreibungsfähige Anlagegüter nach Absatz 2 Nr. 3 durch öffentliche Förderung gemäß § 9 nicht vollständig gedeckt sind, kann die Pflegeeinrichtung diesen Teil der Aufwendungen den Pflegebedürftigen gesondert berechnen. Gleiches gilt, soweit die Aufwendungen nach Satz 1 vom Land durch Darlehen oder sonstige rückzahlbare Zuschüsse gefördert werden. Die gesonderte Berechnung bedarf der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde; das Nähere hierzu, insbesondere auch zu Art, Höhe und Laufzeit sowie die Verteilung der gesondert berechenbaren Aufwendungen auf die Pflegebedürftigen, wird durch Landesrecht bestimmt.

(4) Pflegeeinrichtungen, die nicht nach Landesrecht gefördert werden, können ihre betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen den Pflegebedürftigen ohne Zustimmung der zuständigen Landesbehörde gesondert berechnen. Die gesonderte Berechnung ist der zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.

(5) Öffentliche Zuschüsse zu den laufenden Aufwendungen einer Pflegeeinrichtung (Betriebskostenzuschüsse) sind von der Pflegevergütung abzuziehen.

§ 83

Verordnung zur Regelung der Pflegevergütung

(1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen über

1. die Pflegevergütung der Pflegeeinrichtungen einschließlich der Verfahrensregelungen zu ihrer Vereinbarung nach diesem Kapitel,
2. den Inhalt der Pflegeleistungen sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4), den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) und den Zusatzleistungen (§ 88),
3. die Rechnungs- und Buchführungsvorschriften der Pflegeeinrichtungen,
4. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag (§ 72 Abs. 1) orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,
5. die nähere Abgrenzung der Leistungsaufwendungen nach Nummer 2 von den Investitionsaufwendungen und sonstigen Aufwendungen nach § 82 Abs. 2.

§ 90 bleibt unberührt.

(2) Eine Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und 4 soll nur erlassen werden, wenn

1. ein Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 2 innerhalb der Fristen des § 75 Abs. 3 oder
2. eine Schiedsstellenregelung nach § 75 Abs. 3 innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf dieser Fristen ganz oder teilweise nicht oder nicht in dem für eine wirkungsvolle und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten erforderlichen Umfang zustande kommen. Nach Erlass der Rechtsverordnung sind ein Rahmenvertrag oder eine Schiedsstellenregelung zu den von der Verordnung erfaßten Regelungsbereichen nicht mehr zulässig.

Zweiter Abschnitt
Vergütung
der stationären Pflegeleistungen

§ 84

Bemessungsgrundsätze

(1) Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die voll- oder teilstationären Pflegeleistungen des Pflegeheimes.

(2) Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, in drei Pflegeklassen einzuteilen. Bei der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen sind die Pflegestufen gemäß § 15 zugrunde zu legen, soweit nicht nach der gemeinsamen Beurteilung des Medizinischen Dienstes und der Pflegeleitung des Pflegeheimes die Zuordnung zu einer anderen Pflegeklasse notwendig oder ausreichend ist. Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten.

(3) Die Pflegesätze sind für alle Heimbewohner des Pflegeheimes nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen; eine Differenzierung nach Kostenträgern ist unzulässig.

(4) Mit den Pflegesätzen sind alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung (allgemeine Pflegeleistungen) abgegolten. Für die allgemeinen Pflegeleistungen dürfen, soweit nichts anderes bestimmt ist, ausschließlich die nach § 85 oder § 86 vereinbarten oder nach § 85 Abs. 5 festgesetzten Pflegesätze berechnet werden, ohne Rücksicht darauf, wer zu ihrer Zahlung verpflichtet ist.

§ 85

Pflegesatzverfahren

(1) Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze werden zwischen dem Träger des Pflegeheimes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 vereinbart.

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

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger sowie
2. der für den Sitz des Pflegeheimes nach Landesrecht zuständige (örtliche oder überörtliche) Träger der Sozialhilfe,

soweit auf den jeweiligen Kostenträger im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen jeweils mehr als fünf vom Hundert der Berechnungstage des Pflegeheimes entfallen. Die Vereinigungen der Pflegeheime im Land, die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. im Land können sich am Pflegesatzverfahren beteiligen; das gleiche gilt für Arbeitsgemeinschaften von Pflegekassen oder sonstigen Leistungsträgern, soweit auf ihre Mitglieder im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen mehr als fünf vom Hundert der Berechnungstage des Pflegeheimes entfallen.

(3) Die Pflegesatzvereinbarung ist im voraus, vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode des Pflegeheimes, für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) zu treffen. Das Pflegeheim hat auf Verlangen einer Vertragspartei Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, für die es eine Vergütung beansprucht, durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Leistungsnachweise darzulegen. Hierzu gehören auch Angaben zur personellen und sachlichen Ausstattung des Pflegeheimes, soweit sie zur Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall erforderlich sind. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

(4) Die Pflegesatzvereinbarung kommt durch Einigung zwischen dem Träger des Pflegeheimes und der Mehrheit der Kostenträger nach Absatz 2 Satz 1 zustande, die an der Pflegesatzvereinbarung teilgenommen haben. Sie ist schriftlich abzuschließen. Soweit Vertragsparteien sich bei den Pflegesatzverhandlungen durch Dritte vertreten lassen, haben diese vor Verhandlungsbeginn den übrigen Vertragsparteien eine schriftliche Verhandlungs- und Abschlußvollmacht vorzulegen.

(5) Kommt eine Pflegesatzvereinbarung innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 76 auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich fest. Gegen die Festsetzung ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

(6) Pflegesatzvereinbarungen und Schiedsstellenentscheidungen treten zu dem darin bestimmten Zeitpunkt in Kraft. Ein rückwirkendes Inkrafttreten von Pflegesätzen ist nicht zulässig. Nach Ablauf des Pflegesatzzeitraums gelten die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze bis zum Inkrafttreten neuer Pflegesätze weiter.

(7) Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen der Annahmen, die der Vereinbarung oder Festsetzung der Pflegesätze zugrunde lagen, sind die Pflegesätze auf Verlangen einer Vertragspartei für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu verhandeln; die Absätze 3 bis 6 gelten entsprechend.

§ 86

Pflegesatzkommission

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die überörtlichen oder ein nach Landesrecht bestimmter Träger der Sozialhilfe und die Vereinigungen der Pflegeheimträger im Land bilden regional oder landesweit tätige Pflegesatzkommissionen, die anstelle der Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 die Pflegesätze mit Zustimmung der betroffenen Pflegeheimträger vereinbaren können. § 85 Abs. 3 bis 7 gilt entsprechend.

(2) Für Gruppen gleichartiger Pflegeheime, die nach einheitlichen oder vergleichbaren Gesichtspunkten bewertet werden können, kann die Pflegesatzkommission mit Zustimmung der betroffenen Pflegeheimträger einheitliche Pflegesätze (Gruppenpflegesätze) vereinbaren.

(3) Die Pflegesatzkommission oder die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 können auch Rahmenvereinbarungen abschließen, die insbesondere ihre Rechte und Pflichten, die Vorbereitung, den Beginn und das Verfahren der Pflegesatzverhandlungen sowie Art, Umfang und

Zeitpunkt der vom Pflegeheim vorzulegenden Leistungsnachweise und sonstigen Verhandlungsunterlagen näher bestimmen. Satz 1 gilt nicht, soweit für das Pflegeheim verbindliche Regelungen nach § 75 getroffen worden sind.

§ 87

Unterkunft und Verpflegung

Die als Pflegesatzparteien betroffenen Leistungsträger (§ 85 Abs. 2) vereinbaren mit dem Träger des Pflegeheimes die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Entgelte für Unterkunft und Verpflegung. Die Entgelte müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. § 84 Abs. 3 und 4 und die §§ 85 und 86 gelten entsprechend; § 88 bleibt unberührt.

§ 88

Zusatzleistungen

(1) Neben den Pflegesätzen nach § 85 und den Entgelten nach § 87 darf das Pflegeheim mit den Pflegebedürftigen über die im Versorgungsvertrag vereinbarten notwendigen Leistungen hinaus (§ 72 Abs. 1 Satz 2) gesondert ausgewiesene Zuschläge für

1. besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie
2. zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen

vereinbaren (Zusatzleistungen). Der Inhalt der notwendigen Leistungen und deren Abgrenzung von den Zusatzleistungen werden in den Rahmenverträgen nach § 75 festgelegt.

(2) Die Gewährung und Berechnung von Zusatzleistungen ist nur zulässig, wenn:

1. dadurch die notwendigen stationären oder teilstationären Leistungen des Pflegeheimes (§ 84 Abs. 4 und § 87) nicht beeinträchtigt werden,
2. die angebotenen Zusatzleistungen nach Art, Umfang, Dauer und Zeitabfolge sowie die Höhe der Zuschläge und die Zahlungsbedingungen vorher schriftlich zwischen dem Pflegeheim und dem Pflegebedürftigen vereinbart worden sind,
3. das Leistungsangebot und die Leistungsbedingungen den Landesverbänden der Pflegekassen und den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land vor Leistungsbeginn schriftlich mitgeteilt worden sind.

Dritter Abschnitt

Vergütung

der ambulanten Pflegeleistungen

§ 89

Grundsätze für die Vergütungsregelung

(1) Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muß leistungsgerecht sein. Die Vergütung muß einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; eine Differen-

zierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

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

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger sowie
2. der für den Sitz des Pflegedienstes nach Landesrecht zuständige (örtliche oder überörtliche) Träger der Sozialhilfe,

soweit auf den jeweiligen Kostenträger im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen jeweils mehr als fünf vom Hundert der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen.

(3) Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden. § 84 Abs. 4 Satz 2, § 85 Abs. 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.

§ 90

Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

(1) Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie und Senioren und dem Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen zu erlassen, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfaßt ist. Die Vergütung muß leistungsgerecht sein, den Bemessungsgrundsätzen nach § 89 entsprechen und hinsichtlich ihrer Höhe regionale Unterschiede berücksichtigen. § 82 Abs. 2 gilt entsprechend. In der Verordnung ist auch das Nähere zur Abrechnung der Vergütung zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten zu regeln.

(2) Die Gebührenordnung gilt nicht für die Vergütung von ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung durch Familienangehörige und sonstige Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. Soweit die Gebührenordnung Anwendung findet, sind die davon betroffenen Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen nicht berechtigt, über die Berechnung der Gebühren hinaus weitergehende Ansprüche an die Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger zu stellen.

Vierter Abschnitt

Kostenerstattung, Landespflegeausschüsse

§ 91

Kostenerstattung

(1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach den §§ 85 und 89 verzichten oder mit denen eine solche Regelung

nicht zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten oder stationären Leistungen unmittelbar mit den Pflegebedürftigen vereinbaren.

(2) Den Pflegebedürftigen werden die ihnen von den Einrichtungen nach Absatz 1 berechneten Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen erstattet. Die Erstattung darf jedoch 80 vom Hundert des Betrages nicht überschreiten, den die Pflegekasse für den einzelnen Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit nach dem Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels zu leisten hat. Eine weitergehende Kostenerstattung durch einen Träger der Sozialhilfe ist unzulässig.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für Pflegebedürftige, die nach Maßgabe dieses Buches bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert sind.

(4) Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen sind von der Pflegekasse und der Pflegeeinrichtung rechtzeitig auf die Rechtsfolgen der Absätze 2 und 3 hinzuweisen.

§ 92

Landespflegeausschüsse

(1) Zur Beratung über Fragen der Finanzierung und des Betriebs von Pflegeeinrichtungen wird für jedes Land oder für Teile des Landes von den Beteiligten nach Absatz 2 ein Landespflegeausschuß gebildet. Der Ausschuß kann einvernehmlich Empfehlungen abgeben, insbesondere zum Aufbau und zur Weiterentwicklung eines regional und fachlich gegliederten Versorgungssystems einander ergänzender Pflegedienste und Pflegeheime, zur Pflegevergütung, zur Gestaltung und Bemessung der Entgelte bei Unterkunft und Verpflegung und zur Berechnung der Zusatzleistungen. Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen haben die Empfehlungen nach Satz 2 insbesondere bei dem Abschluß von Versorgungsverträgen und Vergütungsvereinbarungen angemessen zu berücksichtigen.

(2) Der Landespflegeausschuß besteht insbesondere aus Vertretern der Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen einschließlich eines Vertreters des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in gleicher Zahl sowie einem Vertreter der zuständigen Landesbehörde. Dem Ausschuß gehören auch je ein Vertreter der Träger der überörtlichen Sozialhilfe, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und der kommunalen Spitzenverbände im Land an. Die Vertreter der Pflegeeinrichtungen und deren Stellvertreter werden unter Beachtung des Grundsatzes der Trägervielfalt von den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen im Land, die Vertreter der Pflegekassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellt. Die Beteiligten wählen aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden. § 76 Abs. 2 Satz 6 gilt entsprechend.

(3) Die zuständige Landesbehörde führt die Geschäfte des Ausschusses.

(4) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder des Landespflegeausschusses, die Berufung weiterer Mitglieder über die in Absatz 2 genannten Organisationen hinaus, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen.

Neuntes Kapitel Datenschutz und Statistik

Erster Abschnitt Informationsgrundlagen

Erster Titel

Grundsätze der Datenverwendung

§ 93

Anzuwendende Vorschriften

Für den Schutz personenbezogener Daten bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung in der Pflegeversicherung gelten der § 35 des Ersten Buches, die §§ 67 bis 85 des Zehnten Buches sowie die Vorschriften dieses Buches.

§ 94

Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen

(1) Die Pflegekassen dürfen personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies für:

1. die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 20 bis 26) und der Mitgliedschaft (§ 49),
2. die Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung (§§ 54 bis 61),
3. die Prüfung der Leistungspflicht und die Gewährung von Leistungen an Versicherte (§§ 4 und 28),
4. die Beteiligung des Medizinischen Dienstes (§§ 18 und 40),
5. die Abrechnung mit den Leistungserbringern und die Kostenerstattung (§§ 84 bis 91 und 105),
6. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung (§§ 79 und 80),
7. die Beratung über Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation sowie über die Leistungen und Hilfen zur Pflege (§ 7),
8. die Koordinierung pflegerischer Hilfen (§ 12),
9. die Abrechnung mit anderen Leistungsträgern,
10. statistische Zwecke (§ 109)

erforderlich ist.

(2) Die nach Absatz 1 erhobenen und gespeicherten personenbezogenen Daten dürfen für andere Zwecke nur verarbeitet oder genutzt werden, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.

(3) Versicherungs- und Leistungsdaten der für Aufgaben der Pflegekasse eingesetzten Beschäftigten einschließlich der Daten ihrer mitversicherten Angehörigen dürfen Personen, die kasseninterne Personalentscheidungen treffen oder daran mitwirken können, weder zugänglich sein noch diesen Personen von Zugriffsberechtigten offenbart werden.

§ 95

Personenbezogene Daten bei den Verbänden der Pflegekassen

(1) Die Verbände der Pflegekassen dürfen personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit diese für:

1. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit und der Qualitätssicherung der Leistungserbringung (§§ 79 und 80),
 2. den Abschluß und die Kündigung von Versorgungsverträgen (§§ 73 und 74),
 3. die Wahrnehmung der ihnen nach §§ 52 und 53 zugewiesenen Aufgaben
- erforderlich sind.

(2) § 94 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.

§ 96

Gemeinsame Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten

(1) Die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich festlegen, daß die nach § 46 Abs. 1 verbundenen Pflegekassen und Krankenkassen

1. die Daten zur Feststellung der Versicherungspflicht und der Familienversicherung, zur Bemessung und Einziehung der Beiträge sowie zur Feststellung des Leistungsanspruchs gemeinsam verarbeiten und nutzen, soweit sie für ihre jeweiligen Aufgaben dieselben Daten benötigen,
2. Angaben über Leistungsvoraussetzungen nach § 102 dieses Buches oder § 292 Abs. 1 des Fünften Buches gemeinsam verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Vermeidung von Doppelleistungen erforderlich ist.

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

(2) Soweit personenbezogene Daten den Krankenkassen oder Pflegekassen von einem Arzt oder einer anderen in § 203 Abs. 1 oder 3 des Strafgesetzbuches genannten Stelle zugänglich gemacht worden sind, bleibt § 76 des Zehnten Buches unberührt.

(3) § 286 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen entsprechend. In der nach dieser Vorschrift zu veröffentlichtenden Datenübersicht ist festzuhalten, welche Daten nur von den Krankenkassen, welche nur von den Pflegekassen und welche gemeinsam verarbeitet oder genutzt werden.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für die Verbände der Pflege- und Krankenkassen.

§ 97

Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst

(1) Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach den §§ 18, 40 und 80 erforderlich ist. Die Daten dürfen für andere Zwecke nur verarbeitet und genutzt werden, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.

(2) Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten, die er für die Aufgabenerfüllung nach dem Fünften oder Elften Buch erhebt, verarbeitet oder nutzt, auch für

die Aufgaben des jeweils anderen Buches verarbeiten oder nutzen, wenn ohne die vorhandenen Daten diese Aufgaben nicht ordnungsgemäß erfüllt werden können.

(3) Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen. § 96 Abs. 3 Satz 1, § 98 und § 107 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 2 gelten für den Medizinischen Dienst entsprechend. Der Medizinische Dienst darf in Dateien nur Angaben zur Person und Hinweise auf bei ihm vorhandene Akten aufnehmen.

(4) Für das Akteneinsichtsrecht des Versicherten gilt § 25 des Zehnten Buches entsprechend.

§ 98

Forschungsvorhaben

(1) Die Pflegekassen dürfen mit der Erlaubnis der Aufsichtsbehörde die Datenbestände leistungserbringer- und fallbeziehbar für zeitlich befristete und im Umfang begrenzte Forschungsvorhaben selbst auswerten und zur Durchführung eines Forschungsvorhabens über die sich aus § 107 ergebenden Fristen hinaus aufbewahren.

(2) Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

Zweiter Titel

Informationsgrundlagen der Pflegekassen

§ 99

Versichertenverzeichnis

Die Pflegekasse hat ein Versichertenverzeichnis zu führen. Sie hat in das Versichertenverzeichnis alle Angaben einzutragen, die zur Feststellung der Versicherungspflicht oder -berechtigung und des Anspruchs auf Familienversicherung, zur Bemessung und Einziehung der Beiträge sowie zur Feststellung des Leistungsanspruchs erforderlich sind.

§ 100

Nachweispflicht bei Familienversicherung

Die Pflegekasse kann die für den Nachweis einer Familienversicherung (§ 25) erforderlichen Daten vom Angehörigen oder mit dessen Zustimmung vom Mitglied erheben.

§ 101

Pflegeversichertennummer

Die Pflegekasse verwendet für jeden Versicherten eine Versichertennummer, die mit der Krankenversichertennummer ganz oder teilweise übereinstimmen darf. Bei der Vergabe der Nummer für Versicherte nach § 25 ist sicherzustellen, daß der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann.

§ 102

Angaben über Leistungsvoraussetzungen

Die Pflegekasse hat Angaben über Leistungen, die zur Prüfung der Voraussetzungen späterer Leistungsgewährung erforderlich sind, aufzuzeichnen. Hierzu gehören insbesondere Angaben zur Feststellung der Voraussetzungen von Leistungsansprüchen und zur Leistung von Zuschüssen.

§ 103

**Kennzeichen
für Leistungsträger und Leistungserbringer**

(1) Die Pflegekassen, die anderen Träger der Sozialversicherung und die Vertragspartner der Pflegekassen einschließlich deren Mitglieder verwenden im Schriftverkehr und für Abrechnungszwecke untereinander bundeseinheitliche Kennzeichen.

(2) § 293 Abs. 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

Zweiter Abschnitt**Übermittlung von Leistungsdaten**

§ 104

Pflichten der Leistungserbringer

Die Leistungserbringer sind berechtigt und verpflichtet:

1. im Falle der Überprüfung der Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln (§ 40 Abs. 1),
2. im Falle eines Prüfverfahrens, soweit die Wirtschaftlichkeit oder die Qualität der Leistungen im Einzelfall zu beurteilen sind (§§ 79 und 80),
3. im Falle der Abrechnung pflegerischer Leistungen (§ 105)

die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen und ihrer Verbände erforderlichen Angaben über Versicherungsleistungen aufzuzeichnen und den Pflegekassen sowie den Verbänden oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen zu übermitteln.

§ 105

Abrechnung pflegerischer Leistungen

(1) Die an der Pflegeversorgung teilnehmenden Leistungserbringer sind verpflichtet,

1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Zeit der Leistungserbringung aufzuzeichnen,
2. in den Abrechnungsunterlagen ihr Kennzeichen (§ 103) sowie die Versichertennummer des Pflegebedürftigen anzugeben,
3. bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 78 zu verwenden.

Vom 1. Januar 1996 an sind maschinenlesbare Abrechnungsunterlagen zu verwenden.

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

§ 106

Abweichende Vereinbarungen

Die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52) können mit den Leistungserbringern oder ihren Verbänden vereinbaren, daß

1. der Umfang der zu übermittelnden Abrechnungsbelege eingeschränkt,

2. bei der Abrechnung von Leistungen von einzelnen Angaben ganz oder teilweise abgesehen

wird, wenn dadurch eine ordnungsgemäße Abrechnung und die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Pflegekassen nicht gefährdet werden.

Dritter Abschnitt**Datenlöschung, Auskunftspflicht**

§ 107

Löschen von Daten

(1) Für das Löschen der für Aufgaben der Pflegekassen und ihrer Verbände gespeicherten personenbezogenen Daten gilt § 84 des Zehnten Buches entsprechend mit der Maßgabe, daß

1. die Daten nach § 102 spätestens nach Ablauf von zehn Jahren,
2. sonstige Daten aus der Abrechnung pflegerischer Leistungen (§ 105), aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 79) und aus Prüfungen zur Qualitätssicherung (§ 80) spätestens nach zwei Jahren

zu löschen sind. Die Fristen beginnen mit dem Ende des Geschäftsjahres, in dem die Leistungen gewährt oder abgerechnet wurden. Die Pflegekassen können für Zwecke der Pflegeversicherung Leistungsdaten länger aufbewahren, wenn sichergestellt ist, daß ein Bezug zu natürlichen Personen nicht mehr herstellbar ist.

(2) Im Falle des Wechsels der Pflegekasse ist die bisher zuständige Pflegekasse verpflichtet, auf Verlangen die für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach den §§ 99 und 102 der neuen Pflegekasse mitzuteilen.

§ 108

Auskünfte an Versicherte

Die Pflegekassen unterrichten die Versicherten auf deren Antrag über die im jeweils letzten Geschäftsjahr in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. Eine Mitteilung an die Leistungserbringer über die Unterrichtung des Versicherten ist nicht zulässig. Die Pflegekassen können in ihren Satzungen das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung regeln.

Vierter Abschnitt**Statistik**

§ 109

Pflegestatistiken

(1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, für Zwecke dieses Buches durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates jährliche Erhebungen über ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege als Bundesstatistik anzuordnen. Die Bundesstatistik kann folgende Sachverhalte umfassen:

1. Art der Pflegeeinrichtung und der Trägerschaft,
2. Art des Leistungsträgers und des privaten Versicherungsunternehmens,

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

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

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

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

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

(3) Die nach Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 Satz 2 Auskunftspflichtigen teilen die von der jeweiligen Statistik umfaßten Sachverhalte gleichzeitig den für die Planung und Investitionsfinanzierung der Pflegeeinrichtungen zuständigen Landesbehörden mit. Die Befugnis der Länder, zusätzliche, von den Absätzen 1 und 2 nicht erfaßte Erhebungen über Sachverhalte des Pflegewesens als Landesstatistik anzuordnen, bleibt unberührt.

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

(5) Die Statistiken nach den Absätzen 1 und 2 sind für die Bereiche der ambulanten Pflege und der Kurzzeitpflege erstmals im Jahr 1996 für das Jahr 1995 vorzulegen, für den Bereich der stationären Pflege im Jahr 1998 für das Jahr 1997.

Zehntes Kapitel Private Pflegeversicherung

§ 110

Regelungen für die private Pflegeversicherung

(1) Um sicherzustellen, daß die Belange der Personen, die nach § 23 zum Abschluß eines Pflegeversicherungsvertrages bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet sind, ausreichend gewahrt werden und daß die Verträge auf Dauer erfüllbar bleiben, ohne die Interessen der Versicherten anderer Tarife zu vernachlässigen, werden die im Geltungsbereich dieses Gesetzes zum Betrieb der Pflegeversicherung befugten privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet,

1. mit allen in § 22 und § 23 Abs. 1, 3 und 4 genannten versicherungspflichtigen Personen auf Antrag einen Versicherungsvertrag abzuschließen, der einen Versicherungsschutz in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsieht (Kontrahierungszwang); dies gilt auch für das nach § 23 Abs. 2 gewählte Versicherungsunternehmen,
2. in den Verträgen, die Versicherungspflichtige in dem nach § 23 Abs. 1 und 3 vorgeschriebenen Umfang abschließen,
 - a) keinen Ausschluß von Vorerkrankungen der Versicherten,
 - b) keinen Ausschluß bereits pflegebedürftiger Personen,
 - c) keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung (§ 33 Abs. 2),
 - d) keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten,
 - e) keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt, bei Personen, die nach § 23 Abs. 3 einen Teilkostentarif abgeschlossen haben, keine Prämienhöhe, die 50 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung übersteigt,
 - f) die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt,
 - g) für Ehegatten ab dem Zeitpunkt des Nachweises der zur Inanspruchnahme der Beitragsermäßigung berechtigenden Umstände keine Prämie in Höhe von mehr als 150 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung, wenn ein Ehegatte kein Gesamteinkommen hat, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet,
 vorzusehen.

(2) Die in Absatz 1 genannten Bedingungen gelten für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes Mitglied bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen sind oder sich nach Artikel 41 des Pflegeversicherungsgesetzes innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen.

(3) Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die erst nach Inkrafttreten dieses Gesetzes Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen werden, gelten, sofern sie in Erfüllung der Vorsorgepflicht nach § 22 Abs. 1 und § 23 Abs. 1, 3 und 4 geschlossen werden und Vertragsleistungen in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsehen, folgende Bedingungen:

1. Kontrahierungszwang,
2. kein Ausschluß von Vorerkrankungen der Versicherten,
3. keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht,
4. keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung,
5. für Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflegeversicherung oder privaten Krankenversicherung verfügen, keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt; Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e gilt,
6. beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt.

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

§ 111

Risikoausgleich

(1) Die Versicherungsunternehmen, die eine private Pflegeversicherung im Sinne dieses Buches betreiben, müssen sich zur dauerhaften Gewährleistung der Regelungen für die private Pflegeversicherung nach § 110 am Ausgleich der Versicherungsrisiken beteiligen und dazu ein Ausgleichssystem schaffen und erhalten, dem sie angehören. Das Ausgleichssystem muß einen dauerhaften, wirksamen Ausgleich der unterschiedlichen Belastungen gewährleisten; es darf den Marktzugang neuer Anbieter der privaten Pflegeversicherung nicht erschweren und muß diesen eine Beteiligung an dem Ausgleichssystem zu gleichen Bedingungen ermöglichen. In diesem System werden die Beiträge ohne die Kosten auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle Unternehmen, die eine private Pflegeversicherung betreiben, ermittelt.

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

Elftes Kapitel

Bußgeldvorschrift

§ 112

Bußgeldvorschrift

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder leichtfertig

1. der Verpflichtung zum Abschluß oder zur Aufrechterhaltung des privaten Pflegeversicherungsvertrages nach § 23 Abs. 1 Satz 1 und 2 oder § 23 Abs. 4 oder

der Verpflichtung zur Aufrechterhaltung des privaten Pflegeversicherungsvertrages nach § 22 Abs. 1 Satz 2 nicht nachkommt,

2. entgegen § 50 Abs. 1 Satz 1, § 51 Abs. 1 Satz 1 und 2, § 51 Abs. 3 oder entgegen Artikel 42 Abs. 4 Satz 1 oder 2 des Pflege-Versicherungsgesetzes eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erstattet,
3. entgegen § 50 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 eine Auskunft nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt oder entgegen § 50 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 eine Änderung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig mitteilt,
4. entgegen § 50 Abs. 3 Satz 2 die erforderlichen Unterlagen nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt,
5. entgegen Artikel 42 Abs. 1 Satz 3 des Pflege-Versicherungsgesetzes den Leistungsumfang seines privaten Versicherungsvertrages nicht oder nicht rechtzeitig anpaßt,
6. mit der Entrichtung von sechs Monatsprämien zur privaten Pflegeversicherung in Verzug gerät.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 5 000 Deutsche Mark geahndet werden.

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

Zweiter Teil

Änderung des Sozialgesetzbuches

Artikel 2

Änderung des Ersten Buches Sozialgesetzbuch

Das Erste Buch Sozialgesetzbuch (Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015), zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 99 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378), wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Abs. 2 Satz 1 wird nach dem Wortbestandteil „Kranken-“, der Wortbestandteil „Pflege-“, eingefügt.
2. In § 15 Abs. 1 werden das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „und der sozialen Pflegeversicherung“ eingefügt.
3. § 21 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Nummer 3 wird gestrichen.
 - b) Die bisherigen Nummern 4 und 4a werden die Nummern 3 und 4.

4. Nach § 21 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 21a
Leistungen
der sozialen Pflegeversicherung

(1) Nach dem Recht der sozialen Pflegeversicherung können in Anspruch genommen werden:

1. Leistungen bei häuslicher Pflege:
 - a) Pflegesachleistung,
 - b) Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen,
 - c) häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson,
 - d) Pflegehilfsmittel und technische Hilfen,
2. teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege,
3. Leistungen für Pflegepersonen, insbesondere
 - a) soziale Sicherung und
 - b) Pflegekurse,
4. vollstationäre Pflege.

(2) Zuständig sind die bei den Krankenkassen errichteten Pflegekassen.“

5. In § 37 werden nach dem Wort „Neunten“ die Wörter „und Elften“ eingefügt.

6. In § 66 Abs. 2 werden nach dem Wort „Sozialleistung“ die Wörter „wegen Pflegebedürftigkeit,“ und nach dem Wort „deshalb“ die Wörter „die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung,“ eingefügt.

Artikel 3

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel I des Gesetzes vom 23. Dezember 1976, BGBl. I S. 3845), zuletzt geändert durch § 7 Abs. 1 Buchstabe b des Gesetzes vom 26. April 1994 (BGBl. I S. 918), wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 1 werden nach dem Wort „Landwirte“ die Wörter „sowie die soziale Pflegeversicherung“ eingefügt.
2. Dem § 18a Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:
„Nicht als Erwerbseinkommen im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gilt das Arbeitsentgelt, das eine Pflegeperson von dem Pflegebedürftigen erhält, wenn das Entgelt das dem Umfang der Pflege Tätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 37 des Elften Buches nicht übersteigt.“
3. In § 18b Abs. 5 Satz 2 wird die Angabe „§ 18a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 bis 3“ durch die Angabe „§ 18a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 bis 4“ ersetzt.
4. In § 19 Satz 1 werden nach dem Wort „Rentenversicherung“ die Wörter „sowie in der sozialen Pflegeversicherung“ eingefügt.
5. In § 23 Abs. 1 Satz 1 wird das Wort „Krankenkasse“ durch die Wörter „Kranken- und Pflegekasse“ ersetzt.

6. In § 28a Abs. 1 werden nach dem Wortbestandteil „Kranken-“ ein Komma sowie der Wortbestandteil „Pflege-“ eingefügt.

7. In § 28d wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

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

8. § 28f wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wortbestandteil „Kranken-“ ein Komma sowie der Wortbestandteil „Pflege-“ eingefügt.

b) In Absatz 4 Satz 6 werden nach dem Wort „Träger“ die Wörter „der Pflegeversicherung,“ eingefügt.

9. In § 28h Abs. 2 Satz 1 werden nach dem Wortbestandteil „Kranken-“ ein Komma sowie der Wortbestandteil „Pflege-“ eingefügt.

10. In § 28k Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Träger“ die Wörter „der Pflegeversicherung,“ eingefügt.

11. In § 28n Nr. 3 werden nach dem Wort „Träger“ die Wörter „der Pflegeversicherung,“ eingefügt.

12. In § 28r Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Träger“ die Wörter „der Pflegeversicherung,“ eingefügt.

13. In § 70 Abs. 5 Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „und die Träger der Pflegeversicherung“ eingefügt.

14. In § 71 Abs. 1 Satz 1 werden das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach den Wörtern „knappschaftlicher Rentenversicherung“ die Wörter „und knappschaftlicher Pflegeversicherung“ eingefügt.

15. In § 77 Abs. 2 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „knappschaftliche Pflegeversicherung“ eingefügt.

Artikel 4

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 101 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378), wird wie folgt geändert:

1. § 11 wird wie folgt geändert:

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

b) Absatz 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Zu den Leistungen nach Absatz 1 gehören auch medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu

- bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht.“
2. Dem § 37 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:
„Leistungen nach den Sätzen 2 und 3 sind nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Elften Buches nicht zulässig.“
 3. Vor § 53 werden in der Überschrift des Sechsten Abschnittes die Wörter „Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit“ durch das Wort „(unbesetzt)“ ersetzt.
 4. Die §§ 53 bis 57 werden gestrichen.
 5. In § 73 Abs. 2 Nr. 8 werden die Wörter „und häuslicher Pflegehilfe“ gestrichen.
 6. In § 92 Abs. 1 Nr. 6 wird das Komma hinter dem Wort „Hilfsmitteln“ durch das Wort „und“ ersetzt und die Wörter „und häuslicher Pflegehilfe“ gestrichen.
 7. In § 106 wird nach Absatz 3 folgender Absatz eingefügt:
„(3a) Ergeben die Prüfungen nach Absatz 2 und nach § 275 Abs. 1 Nr. 3b, Abs. 1a und Abs. 1b, daß ein Arzt Arbeitsunfähigkeit festgestellt hat, obwohl die medizinischen Voraussetzungen dafür nicht vorlagen, kann der Arbeitgeber, der zu Unrecht Arbeitsentgelt gezahlt hat, und die Krankenkasse, die zu Unrecht Krankengeld gezahlt hat, von dem Arzt Schadensersatz verlangen, wenn die Arbeitsunfähigkeit grob fahrlässig oder vorsätzlich festgestellt worden ist, obwohl die Voraussetzungen dafür nicht vorgelegen hatten.“
 8. § 107 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe b wird wie folgt gefaßt:
„b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen.“
 9. In § 132 werden in der Überschrift und in Absatz 1 Satz 1 nach dem Wort „Krankenpflege“ das Komma sowie die Wörter „häuslicher Pflegehilfe, häuslicher Pflege“ gestrichen.
 10. In § 260 Abs. 1 Nr. 1 werden das Komma durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „die Aufgaben der Krankenkassen als Pflegekassen sind keine gesetzlichen Aufgaben im Sinne dieser Vorschrift,“ angefügt.
 11. § 275 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe b wird wie folgt gefaßt:
„b) zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit“.
 - b) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze eingefügt:
„(1a) Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe b sind insbesondere in Fällen anzunehmen, in denen
 - a) Versicherte auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Dauer arbeitsunfähig sind oder der Beginn der Arbeitsunfähigkeit häufig auf einen Arbeitstag am Beginn oder am Ende einer Woche fällt oder
 - b) die Arbeitsunfähigkeit von einem Arzt festgestellt worden ist, der durch die Häufigkeit der von ihm ausgestellten Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit auffällig geworden ist.
 Die Prüfung hat unverzüglich nach Vorlage der ärztlichen Feststellung über die Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. Der Arbeitgeber kann verlangen, daß die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit einholt. Die Krankenkasse kann von einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben.
 (1b) Der Medizinische Dienst überprüft bei Vertragsärzten, die nach § 106 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 geprüft werden, stichprobenartig und zeitnah Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit. Die in § 106 Abs. 2 Satz 3 genannten Vertragspartner vereinbaren das Nähere.“
 - c) Absatz 2 Nr. 2 erhält folgende Fassung:
„2. (entfällt)“.
 12. Dem § 276 werden nach Absatz 4 folgende Absätze angefügt:
„(5) Wenn sich im Rahmen der Überprüfung der Feststellungen von Arbeitsunfähigkeit (§ 275 Abs. 1 Nr. 3b, Abs. 1a und Abs. 1b) aus den ärztlichen Unterlagen ergibt, daß der Versicherte auf Grund seines Gesundheitszustandes nicht in der Lage ist, einer Vorladung des Medizinischen Dienstes Folge zu leisten oder wenn der Versicherte einen Vorladungstermin unter Berufung auf seinen Gesundheitszustand absagt und der Untersuchung fernbleibt, soll die Untersuchung in der Wohnung des Versicherten stattfinden. Verweigert er hierzu seine Zustimmung, kann ihm die Leistung versagt werden. Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt.
 (6) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung ergeben sich zusätzlich zu den Bestimmungen dieses Buches aus den Vorschriften des Elften Buches.“
 13. Dem § 281 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:
„Die Pflegekassen tragen abweichend von Satz 3 die Hälfte der Umlage nach Satz 1.“
 14. Dem § 282 wird folgender Satz angefügt:
„Die Richtlinien nach Satz 3 und die Empfehlungen nach Satz 4 bedürfen, soweit sie Angelegenheiten

der sozialen Pflegeversicherung betreffen, der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung.“

Artikel 5 **Änderung** **des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch**

Das Sechste Buch Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989, BGBl. I S. 2261, 1990 I S. 1337), zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 102 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Nach „§ 106 Zuschuß zur Krankenversicherung“ wird eingefügt:
„§ 106a Zuschuß zur Pflegeversicherung“.
 - b) Die Wörter „§ 177 Beitragszahlung von Pflegepersonen“ werden durch die Wörter „§ 177 (weggefallen)“ ersetzt.
 - c) Nach „§ 249a Beitragszeiten und Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung im Beitragsgebiet“ wird eingefügt:
„§ 249b Berücksichtigungszeiten wegen Pflege“.
 - d) Nach „§ 279d Beitragszahlung im Beitragsgebiet“ wird eingefügt:
„§ 279e Beitragszahlung von Pflegepersonen“.
2. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird nach Nummer 1 folgende Nummer eingefügt:
„1a. in der sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 des Elften Buches nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung hat,“.
 - b) Nach Satz 1 wird eingefügt:
„Pflegepersonen, die für ihre Tätigkeit von dem Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das dem Umfang der Pflegetätigkeit entsprechende Pflegegeld im Sinne des § 37 des Elften Buches nicht übersteigt, gelten als nicht erwerbsmäßig tätig; sie sind insoweit nicht nach § 1 Satz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig. Nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die daneben regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich beschäftigt oder selbständig tätig sind, sind nicht nach Satz 1 Nr. 1a versicherungspflichtig.“
3. § 5 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

„(2) Versicherungsfrei sind Personen, die

 1. eine geringfügige Beschäftigung (§ 8 Abs. 1 und 2 Viertes Buch),
 2. eine geringfügige selbständige Tätigkeit (§ 8 Abs. 3 Viertes Buch) oder
 3. eine geringfügige nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeit ausüben, in dieser Beschäftigung, selbständigen Tätigkeit oder Pflegetätigkeit. Satz 1 Nr. 1 und 2 gilt nicht für Personen, die im Rahmen betrieblicher Berufsbildung, nach dem Gesetz zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres, nach dem Gesetz zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres oder nach § 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 beschäftigt sind oder von der Möglichkeit einer stufenweisen Wiederaufnahme einer nicht geringfügigen Tätigkeit (§ 74 Fünftes Buch) Gebrauch machen. Eine nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeit ist geringfügig, wenn die Beitragsbemessungsgrundlage für die Pflegetätigkeit (§ 166 Abs. 2) ein Siebtel der Bezugsgröße nicht übersteigt; mehrere nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeiten sind zusammenzurechnen.“
4. § 24 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Nr. 1 Buchstabe a werden nach dem Wort „haben“ das Komma gestrichen und das Wort „oder“ eingefügt.
 - b) In Absatz 1 Nr. 1 Buchstabe b wird nach dem Wort „ausübt,“ das Wort „oder“ gestrichen.
 - c) Absatz 1 Nr. 1 Buchstabe c wird wie folgt gefaßt:
„c) deren Ehegatte, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft leben, pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat,“.
5. § 25 Abs. 3 Nr. 2 wird gestrichen.
6. § 57 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 wird die Absatzbezeichnung „(1)“ gestrichen.
 - b) Absatz 2 wird aufgehoben.
7. In § 68 Abs. 3 Satz 4 werden nach dem Wort „Rentner“ ein Komma und die Wörter „zur Pflegeversicherung“ eingefügt.
8. Nach § 106 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 106a
Zuschuß zur Pflegeversicherung

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

(2) Der monatliche Zuschuß wird in Höhe des Beitrags geleistet, den der Träger der Rentenversicherung als Pflegeversicherungsbeitrag für Rentenbezieher zu tragen hat, die in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sind. Beziehen Rentner mehrere Renten, wird ein begrenzter Zuschuß von den Rentenversicherungsträgern anteilig nach dem

Verhältnis der Höhen der Renten geleistet. Er kann auch in einer Summe zu einer dieser Renten geleistet werden.“

9. In § 111 Abs. 2 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „und die Pflegeversicherung“ eingefügt.
10. § 141 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
- In Nummer 6 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt.
 - Der Nummer 7 wird nach dem Wort „Versorgungsausgleichs“ das Wort „oder“ angefügt.
 - Nach Nummer 7 wird folgende Nummer angefügt:
„8. einer nicht erwerbsmäßigen Pflegetätigkeit“.
11. § 166 wird wie folgt geändert:
- Der bisherige Text wird Absatz 1.
 - Folgender Absatz wird angefügt:
„(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen bei Pflege eines
- Schwerstpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 3 Elftes Buch)
 - 80 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 28 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - 60 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - 40 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - Schwerpflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 Elftes Buch)
 - 53,3333 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 21 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - 35,5555 vom Hundert der Bezugsgröße, wenn er mindestens 14 Stunden in der Woche gepflegt wird,
 - erheblich Pflegebedürftigen (§ 15 Abs. 1 Nr. 1 Elftes Buch) 26,6667 vom Hundert der Bezugsgröße.
- Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege gemeinsam aus, sind beitragspflichtige Einnahmen bei jeder Pflegeperson der Teil des Höchstwertes der jeweiligen Pflegestufe, der dem Umfang ihrer Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Umfang der Pflegetätigkeit insgesamt entspricht.“
12. In § 170 Abs. 1 wird in Nummer 5 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:
„6. bei nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, die einen
- in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversicherten Pflegebedürftigen pflegen, von der Pflegekasse,
- in der sozialen Pflegeversicherung versicherungsfreien Pflegebedürftigen pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
 - Pflegebedürftigen pflegen, der wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen und Leistungen eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe und dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig.“
13. Nach § 176 wird folgender Paragraph eingefügt:
„§ 176a
Beitragszahlung und Abrechnung bei Pflegepersonen
Das Nähere über Zahlung und Abrechnung der Beiträge für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen können die Spitzenverbände der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Festsetzungsstellen für die Beihilfe und der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger durch Vereinbarung regeln.“
14. § 177 wird aufgehoben.
15. Dem § 199 wird folgender Satz angefügt:
„Die Sätze 1 und 2 sind für Zeiten einer nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege entsprechend anzuwenden.“
16. § 223 Abs. 4 wird wie folgt gefaßt:
„(4) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für die von der Rentenversicherung zu tragenden Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung sowie für die Zuschüsse zur Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung.“
17. In § 231 Satz 2 werden die Wörter „Beschäftigung oder Tätigkeit“ durch die Wörter „Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit und bei Wehrdienstleistungen“ ersetzt.
18. Nach § 249a wird folgender Paragraph eingefügt:
„§ 249b
Berücksichtigungszeiten wegen Pflege
Berücksichtigungszeiten sind auf Antrag auch Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines Pflegebedürftigen in der Zeit vom 1. Januar 1992 bis zum 31. März 1995, solange die Pflegeperson
- wegen der Pflege berechtigt war, Beiträge zu zahlen oder die Umwandlung von freiwilligen Beiträgen in Pflichtbeiträge zu beantragen, und
 - nicht zu den in § 56 Abs. 4 genannten Personen gehört, die von der Anrechnung einer Kindererziehungszeit ausgeschlossen sind.
- Die Zeit der Pflegetätigkeit wird von der Aufnahme der Pflegetätigkeit an als Berücksichtigungszeit angerechnet, wenn der Antrag bis zum Ablauf von drei Kalendermonaten nach Aufnahme der Pflegetätigkeit gestellt wird.“

19. § 254d Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 4 wird nach dem Wort „Aufenthalt“ ein Komma eingefügt.
- b) Nach Nummer 4 wird eingefügt:
„4a. Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege“.

20. Nach § 279d wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 279e

Beitragszahlung von Pflegepersonen

(1) Freiwillige Beiträge von Pflegepersonen für Zeiten der in der Zeit vom 1. Januar 1992 bis zum 31. März 1995 ausgeübten nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege im Inland gelten auf Antrag als Pflichtbeiträge, wenn

1. der Pflegebedürftige nicht nur vorübergehend so hilflos ist, daß er für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang fremder Hilfe dauernd bedarf, und
2. für die Pflege regelmäßig wöchentlich mindestens zehn Stunden aufgewendet werden.

(2) Versicherte, die wegen der in der Zeit vom 1. Januar 1992 bis zum 31. März 1995 ausgeübten Pflege eine in ihrem zeitlichen Umfang eingeschränkte Beschäftigung ausüben, können auf Antrag für jeden Betrag zwischen dem tatsächlich erzielten Arbeitsentgelt und dem Doppelten dieses Arbeitsentgelts, höchstens bis zur Beitragsbemessungsgrenze, Pflichtbeiträge zahlen, wenn im übrigen die Voraussetzungen nach Absatz 1 vorliegen. Versicherte, die nachweisen, daß sie ohne ihre in der Zeit vom 1. Januar 1992 bis zum 31. März 1995 ausgeübte Pflege Tätigkeit ein Arbeitsentgelt erzielt hätten, das das Doppelte des tatsächlich erzielten Arbeitsentgelts übersteigt, können auf Antrag unter Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze Pflichtbeiträge bis zu diesem Betrag zahlen. Die Sätze 1 und 2 gelten auch, wenn bei Bezug von Sozialleistungen Beiträge gezahlt werden.

(3) Eine Unterbrechung der Pflegetätigkeit wegen eines Erholungsurlaubs, wegen einer Krankheit oder wegen einer anderweitigen Verhinderung von längstens einem Kalendermonat im Kalenderjahr steht der Anwendung der Absätze 1 oder 2 nicht entgegen.

(4) Wird der Antrag nach dem 31. März 1995 und nach Ablauf von drei Kalendermonaten nach Aufnahme der Pflegetätigkeit gestellt, sind die Absätze 1 und 2 nicht mehr anzuwenden.“

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

22. § 289 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:

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

Dritter Teil

Änderung weiterer Gesetze

Artikel 6

Änderung des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung

In Artikel 23 Abs. 1 Satz 1 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) werden nach dem Wort „höchstens“ die Wörter „um die Verwaltungskostenpauschale der Pflegekasse (§ 46 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) je Mitglied und“ eingefügt.

Artikel 7

Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 92 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378), wird wie folgt geändert:

1. In § 539 Abs. 1 wird der Punkt am Ende der Nummer 18 durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„19. Pflegepersonen im Sinne des § 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bei der Pflege eines Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, soweit die Pflegepersonen nicht bereits zu den nach den Nummern 1, 5, 7 oder 13 Versicherten gehören; die versicherte Tätigkeit umfaßt Pflegetätigkeiten im Bereich der Körperpflege und – soweit diese Tätigkeiten überwiegend Pflegebedürftigen zugute kommen – Pflegetätigkeiten in den Bereichen der Ernährung, der Mobilität sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 14 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).“

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

3. Dem § 637 wird folgender Absatz angefügt:

„(5) § 636 gilt ferner bei Arbeitsunfällen von nach § 539 Abs. 1 Nr. 19 versicherten Pflegepersonen entsprechend für Ersatzansprüche einer Pflegeperson, deren Angehörigen und Hinterbliebenen gegen den Pflegebedürftigen wie auch für Ersatzansprüche von Pflegepersonen desselben Pflegebedürftigen untereinander.“

4. In § 657 Abs. 1 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„10. in den Fällen des § 539 Abs. 1 Nr. 19.“

5. § 770 Satz 5 wird wie folgt gefaßt:

„In den Fällen des § 657 Abs. 1 Nr. 7 bis 10 dürfen Beiträge von den Unternehmern nicht erhoben werden.“

Artikel 8 Änderung des Arbeitsförderungsgesetzes

Das Arbeitsförderungsgesetz vom 25. Juni 1969 (BGBl. I S. 582), zuletzt geändert durch § 7 Abs. 1 Buchstabe k des Gesetzes vom 26. April 1994 (BGBl. I S. 918), wird wie folgt geändert:

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

„Die Betreuung einer pflegebedürftigen Person steht der Betreuung und Erziehung eines Kindes gleich.“

2. § 56 Abs. 2 Nr. 2 wird wie folgt gefaßt:

„2. Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung sowie zur sozialen Pflegeversicherung,“.

3. In § 138 Abs. 3 Nr. 1 werden nach dem Wort „Körperschaden“ die Wörter „oder Pflegebedürftigkeit“ eingefügt.

4. In § 141n Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „gesetzlichen Krankenversicherung und zur gesetzlichen Rentenversicherung sowie“ durch die Wörter „gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung sowie zur sozialen Pflegeversicherung und“ ersetzt.

Artikel 9 Änderung des Bundesversorgungsgesetzes

Das Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 21. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2353), wird wie folgt geändert:

1. § 10 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „verhüten,“ die Wörter „Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten,“ eingefügt.

b) In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „verhüten,“ die Wörter „Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten,“ eingefügt.

2. § 11 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „oder dem Eintritt“ durch die Wörter „, einer Pflegebedürftigkeit oder“ ersetzt.

b) In Absatz 4 werden die Wörter „und Leistungen bei Pflegebedürftigkeit“ gestrichen.

3. In § 12 Abs. 3 Satz 2 werden die Wörter „oder dem Eintritt“ durch die Wörter „, einer Pflegebedürftigkeit oder“ ersetzt.

4. Dem § 25b Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 2 findet auch Anwendung, wenn Hilfe zur Pflege nur deshalb nicht gewährt wird, weil entsprechende Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch erbracht werden.“

5. In § 25e Abs. 3 wird die Angabe „§ 26c Abs. 8“ durch die Angabe „§ 26c Abs. 11“ ersetzt.

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

7. § 26c wird wie folgt gefaßt:

„§ 26c

(1) Beschädigten und Hinterbliebenen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, ist Hilfe zur Pflege zu gewähren. Die Absätze 5 und 7 sind auch auf Kranke und Behinderte anzuwenden, die voraussichtlich weniger als sechs Monate der Hilfe bedürfen, einen geringeren Hilfebedarf als nach Satz 1 haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als nach Absatz 4 bedürfen. § 35 bleibt unberührt.

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

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen,
4. andere Krankheiten oder Behinderungen, infolge derer Personen pflegebedürftig im Sinne des Absatzes 1 sind.

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

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

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und das Wiederaufsuchen der Wohnung,

4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

(5) Dem Pflegebedürftigen sollen auch die Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden, die zur Erleichterung seiner Beschwerden wirksam beitragen. Um der Gefahr einer Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden.

(6) Die Verordnung nach § 16 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Richtlinien der Pflegekassen nach § 17 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und die Verordnung nach § 30 des Elften Buches Sozialgesetzbuch finden zur Bestimmung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit und zur Abgrenzung, Höhe und Anpassung der Pflegegelder nach Absatz 8 entsprechende Anwendung. Die Entscheidung der Pflegekasse über das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch ist auch der Entscheidung im Rahmen der Hilfe zur Pflege zugrunde zu legen, soweit sie auf Tatsachen beruht, die bei beiden Entscheidungen zu berücksichtigen sind.

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

(8) Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (erheblich Pflegebedürftige), erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 400 Deutsche Mark monatlich. Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für mehrere Verrichtungen mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Schwerstpflegebedürftige), erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 800 Deutsche Mark monatlich. Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für mehrere Verrichtungen täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Schwerstpflegebedürftige), erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 1 300 Deutsche Mark monatlich. Bei pflegebedürftigen Kindern ist der infolge Krankheit oder Behinderung gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind zusätzliche Pflegebedarf maßgebend.

(9) Pflegebedürftigen im Sinne des Absatzes 1 sind die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson zu erstatten; auch können angemessene Beihilfen gewährt sowie Beiträge der Pflegeperson für eine angemessene Alterssicherung übernommen werden, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist. Ist neben oder anstelle der Pflege nach Absatz 7

Satz 1 die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich oder eine Beratung oder zeitweilige Entlastung der Pflegeperson geboten, so sind die angemessenen Kosten zu übernehmen. Pflegebedürftigen, die Pflegegeld erhalten, sind zusätzlich die Aufwendungen für die Beiträge einer Pflegeperson oder einer besonderen Pflegekraft für eine angemessene Alterssicherung zu erstatten, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist.

(10) Leistungen nach Absatz 8 und Absatz 9 Satz 3 werden nicht gewährt, soweit der Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhält. Auf das Pflegegeld sind Leistungen nach § 27d Abs. 1 Nr. 7 oder ihnen gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften mit 70 vom Hundert, Pflegegelder nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch jedoch in dem Umfang, in dem sie gewährt werden, anzurechnen. Die Leistungen nach Absatz 9 werden neben den Leistungen nach Absatz 8 gewährt. Werden Leistungen nach Absatz 9 Satz 1 und 2 oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften gewährt, kann das Pflegegeld um bis zu zwei Drittel gekürzt werden. Bei teilstationärer Betreuung des Pflegebedürftigen kann das Pflegegeld angemessen gekürzt werden. Leistungen nach Absatz 9 Satz 1 und 2 werden insoweit nicht gewährt, als der Pflegebedürftige in der Lage ist, entsprechende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften in Anspruch zu nehmen. § 2 des Bundessozialhilfegesetzes bleibt unberührt.

(11) Bei der Festsetzung der Einkommensgrenze ist

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

b) bei dem Pflegegeld nach Absatz 8 Satz 3, § 27d Abs. 5 Satz 1 Buchstabe b sowie § 27d Abs. 5 Satz 2 und 3

entsprechend anzuwenden.

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

8. In § 26d Abs. 3 wird die Angabe „§ 26c Abs. 4“ durch die Angabe „§ 26c Abs. 7 Satz 1 und Abs. 9 Satz 1 und 2“ ersetzt.

9. In § 27d Abs. 7 wird die Angabe „§ 26c Abs. 9“ durch die Angabe „§ 26c Abs. 12“ ersetzt.

10. In § 27h Abs. 2 wird die Angabe „§ 26c Abs. 8“ durch die Angabe „§ 26c Abs. 11“ ersetzt.

11. Nach § 27i wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 27j

Pflegebedürftige, die bis zum 31. März 1995 nach § 26c Abs. 6 in der bis zum 31. März 1995 geltenden Fassung Pflegegeld bezogen haben, erhalten das Pflegegeld insoweit weiter, als es den Pflegegeld-

anspruch nach § 37 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übersteigt und die geltenden Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes ungeachtet des § 26c den Leistungsbezug nicht ausschließen; dabei bleibt eine Anrechnung der Geldleistung nach § 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. März 1995 geltenden Fassung außer Betracht. Gleiches gilt, soweit Pflegebedürftige, die bis zum 31. März 1995 Pflegegeld nach § 26c Abs. 6 in der bis zum 31. März 1995 geltenden Fassung und daneben Leistungen zur hauswirtschaftlichen Versorgung nach diesem Gesetz bezogen, deshalb geringere Leistungen für hauswirtschaftliche Versorgung nach diesem Gesetz erhalten, weil hierauf der auf die hauswirtschaftliche Versorgung entfallende Teil des Pflegegeldes nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch angerechnet wird.“

12. § 35 wird wie folgt geändert:

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

„Solange der Beschädigte infolge der Schädigung hilflos ist, wird eine Pflegezulage von 454 Deutsche Mark (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 ist der Beschädigte, wenn er für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung seiner persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muß, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist.“

b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „Satz 1“ gestrichen.

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

d) Im neuen Absatz 4 wird die Bezeichnung „Absatz 4“ durch die Bezeichnung „Absatz 3“ ersetzt.

13. § 40b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Zahl „20“ durch die Zahl „10“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Zahl „20“ durch die Zahl „10“ ersetzt.

c) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz eingefügt:

„(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für den Elternteil im Sinne des § 35 Abs. 2 entsprechend.“

d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.

14. Nach § 53 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 53a

Beiträge zur Pflegeversicherung

(1) Rentenberechtigten Beschädigten und Hinterbliebenen, die einen Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung haben und die bei einem privaten Versicherungsunternehmen oder bei einer Pflegekasse nach § 20 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, wird der Beitrag zur Pflegeversicherung erstattet.

(2) Der Erstattungsbetrag nach Absatz 1 darf den Betrag nicht übersteigen, der sich bei Zugrundelegung des Beitragssatzes nach § 55 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei Beschädigten aus der Ausgleichsrente, dem Ehegattenzuschlag und dem Berufsschadensausgleich, bei Hinterbliebenen aus allen Rentenleistungen nach diesem Gesetz ergibt.

(3) § 61 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

15. § 56 wird wie folgt geändert:

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

b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „§ 26c Abs. 6,“ gestrichen.

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

„Eine Zuwendung kann auch bei Pflegebedürftigkeit gegeben werden.“

Artikel 10

Änderung

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

Artikel 5 des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten vom 21. Juli 1993 (BGBl. I S. 1262) wird wie folgt geändert:

Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Vor der Veränderung nach § 20 Abs. 1 ist ferner die Summe der im Jahre 1993 gezahlten Erstattungen für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 11 Abs. 4 und § 12 Abs. 5 des Bundesversorgungsgesetzes in der bis zum 31. März 1995 geltenden Fassung abzuziehen.“

Artikel 11

Änderung

des Arbeitssicherstellungsgesetzes

Das Arbeitssicherstellungsgesetz vom 9. Juli 1968 (BGBl. I S. 787), zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 87 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378), wird wie folgt geändert:

1. In § 18 werden die Wörter „Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung“ durch die Wörter „Unfall- und Rentenversicherung sowie in der Arbeitslosenversicherung und sozialen Pflegeversicherung“ ersetzt.

2. Nach § 23 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 23a

Pflegeversicherung

§ 61 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Maßgabe anzuwenden, daß der Dienstherr oder Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes, der nach § 16 Dienstbezüge, Unterhaltszuschuß oder Arbeitsentgelt weiter zu zahlen hat, und der neue Arbeitgeber den

Beitragszuschuß anteilig nach der Höhe der jeweils zu gewährenden Dienstbezüge, Unterhaltszuschüsse und Arbeitsentgelte zu zahlen haben.“

Artikel 12

Änderung

des Künstlersozialversicherungsgesetzes

Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266), wird wie folgt geändert:

1. In § 1 werden nach dem Wort „Angestellten“ das Wort „und“ gestrichen und ein Komma eingefügt und nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „und in der sozialen Pflegeversicherung“ eingefügt.
2. § 5 wird wie folgt geändert:
 - a) Der bisherige Text wird Absatz 1.
 - b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz angefügt:

„(2) In der sozialen Pflegeversicherung ist nach diesem Gesetz versicherungsfrei, wer

 1. nach Absatz 1 versicherungsfrei oder
 2. nach § 6 oder § 7 von der Krankenversicherungspflicht befreit worden

ist.“
3. In § 8 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „Rentenversicherung und in der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Wörter „Renten- und Krankenversicherung sowie in der sozialen Pflegeversicherung“ ersetzt.
4. § 9 wird wie folgt geändert:
 - a) Der bisherige Text wird Absatz 1.
 - b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz angefügt:

„(2) Wer bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert ist und nach diesem Gesetz pflegeversicherungspflichtig wird, kann den Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“
5. Nach § 10 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 10a

(1) Selbständige Künstler und Publizisten, die nach § 7 von der Krankenversicherungspflicht befreit und in der sozialen Pflegeversicherung versichert sind, erhalten auf Antrag von der Künstlersozialkasse als vorläufigen Beitragszuschuß die Hälfte des Beitrages, den die Künstlersozialkasse bei Versicherungspflicht nach diesem Gesetz an die Pflegekasse zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den sie tatsächlich zu zahlen haben; dabei wird ein Mindestarbeitseinkommen nach § 234 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 57 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht in Ansatz gebracht. § 10 Abs. 1 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

(2) Selbständige Künstler und Publizisten, die nach § 6 oder § 7 von der Krankenversicherungspflicht befreit und bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, erhalten auf Antrag von der Künstlersozialkasse einen vorläufigen Beitragszuschuß, wenn sie für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Künstlers oder Publizisten in der sozialen Pflegeversicherung versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch gleichwertig sind. § 61 Abs. 6 und 7 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Der Zuschuß beträgt die Hälfte des Beitrages, den die Künstlersozialkasse bei Versicherungspflicht an die Pflegekasse zu zahlen hätte; dabei wird ein Mindestarbeitseinkommen nach § 234 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 57 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht in Ansatz gebracht. § 10 Abs. 2 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend.“
6. § 11 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 werden die Wörter „Kranken- oder Rentenversicherung“ durch die Wörter „Renten- oder Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Kranken- oder Rentenversicherung“ durch die Wörter „Renten- oder Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung“ und die Angabe „§ 10“ durch die Angabe „§§ 10 und 10a“ ersetzt.
7. In § 12 Abs. 2 Satz 2 wird die Angabe „§ 10“ durch die Angabe „§§ 10 und 10a“ ersetzt.
8. In § 16 Abs. 2 Satz 4 werden nach dem Wort „Beitragsanteile“ die Wörter „nach Absatz 1 sowie nach § 16a Abs. 1“ eingefügt.
9. Nach § 16 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 16a

(1) Der Versicherte hat an die Künstlersozialkasse als Beitragsanteil zur sozialen Pflegeversicherung für den Kalendermonat die Hälfte des sich aus den §§ 55 und 57 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Beitrages zu zahlen. Der Beitragsanteil für einen Kalendermonat wird am Ersten des folgenden Monats fällig.

(2) § 16 Abs. 2 gilt entsprechend.“
10. In § 17 werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „und in der sozialen Pflegeversicherung“ und nach dem Wort „Krankenkasse“ die Wörter „und der Pflegekasse“ eingefügt.
11. In § 26 Abs. 2 Nr. 1 werden die Wörter „den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung“ durch die Wörter „den Kranken- und Pflegekassen“ ersetzt.

12. § 55 wird wie folgt gefaßt:

„§ 55

Die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung bei selbständigen Künstlern und Publizisten, die am 31. Dezember 1994 nach diesem Gesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, beginnt ohne Feststellung der Künstlersozialkasse am 1. Januar 1995.“

Artikel 13
Änderung
des Zweiten Gesetzes
über die Krankenversicherung
der Landwirte

§ 14 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) geändert worden ist, wird gestrichen.

Artikel 14
Änderung
des Gesetzes über die Angleichung
der Leistungen zur Rehabilitation

Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 (BGBl. I S. 1881), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 7. Juli 1992 (BGBl. I S. 1225), wird wie folgt geändert:

In § 12 Nr. 2 wird nach dem Wortbestandteil „Kranken-,“ der Wortbestandteil „Pflege-,“ eingefügt.

Artikel 15
Änderung
des Gesetzes über eine Altershilfe
für Landwirte

In § 13 Satz 3 des Gesetzes über eine Altershilfe für Landwirte in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. September 1965 (BGBl. I S. 1448), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 2. Dezember 1993 (BGBl. I S. 1998) geändert worden ist, werden nach dem Wort „Beitrag“ die Wörter „und die von den Alterskassen zu tragenden Beitragsteile nach § 59 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

Artikel 16
Änderung des Gesetzes
zur Förderung der Einstellung
der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit

Das Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit vom 21. Februar 1989 (BGBl. I S. 233), zuletzt geändert durch Artikel 18 des Gesetzes vom 25. Juli 1991 (BGBl. I S. 1606), wird wie folgt geändert:

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

„(3a) Den nach § 59 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auf den Leistungsträger entfallenden Anteil an den Beiträgen aus Produktionsaufgaberechte und Ausgleichsgeld trägt der Bund. Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend.“

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

Artikel 17
Änderung
des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch § 13 Abs. 9 des Gesetzes vom 2. August 1993 (BGBl. I S. 1402), wird wie folgt geändert:

1. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz eingefügt:

„(3) Die Länder stimmen ihre Krankenhausplanung auf die pflegerischen Leistungserfordernisse nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch ab, insbesondere mit dem Ziel, Krankenhäuser von Pflegefällen zu entlasten und dadurch entbehrlich werdende Teile eines Krankenhauses nahtlos in wirtschaftlich selbständige ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen umzuwidmen. Die Zahl der in die Krankenhauspläne aufgenommenen Krankenhausbetten ist ab dem 1. Juli 1996 unverzüglich um die Zahl der fehlbelegten Betten zu verringern, die insbesondere durch die in § 17a vorgesehenen Maßnahmen entbehrlich werden. Dabei soll die diesem Ziel dienende Förderung nach § 9 Abs. 2 Nr. 6 vorrangig solchen Krankenhausträgern gewährt werden, die von sich aus eine Umwidmung in Pflegeeinrichtungen nach Satz 1 vornehmen.“

b) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.

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

„(3a) Der vom Land bewilligte Gesamtbetrag der laufenden und der beiden folgenden Jahrespauschalen nach Absatz 3 steht dem Krankenhaus unabhängig von einer Verringerung der tatsächlichen Bettenzahl zu, soweit die Verringerung auf einer Vereinbarung des Krankenhausträgers mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 oder 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beruht und ein Fünftel der Planbetten nicht übersteigt. § 6 Abs. 3 bleibt unberührt.“

3. Nach § 17 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 17a

Abbau von Fehlbelegungen

(1) Der Krankenhausträger stellt sicher, daß keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden oder dort verbleiben, die nicht oder nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen.

(2) Die Krankenkassen wirken insbesondere durch gezielte Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung darauf hin, daß Fehlbelegungen vermieden und bestehende Fehlbelegungen zügig abgebaut werden. Zu diesem Zweck darf der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Einsicht in die Krankenunterlagen nehmen. Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen.

(3) Die Parteien der Pflegesatzvereinbarung (§ 18 Abs. 2) sind verpflichtet, durch entsprechende Bemessung des Krankenhausbudgets sicherzustellen, daß Fehlbelegungen abgebaut werden. Soweit Teile des Krankenhauses in Pflegeeinrichtungen umgewidmet worden sind, sollen in der Pflegesatzvereinbarung Regelungen getroffen werden, die einer möglichst nahtlosen Übernahme von Krankenhauspersonal durch die neuen Pflegeeinrichtungen förderlich sind.“

Artikel 18 Änderung des Bundessozialhilfegesetzes

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

1. Dem § 27 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 findet auch Anwendung, wenn Hilfe zur Pflege nur deshalb nicht gewährt wird, weil entsprechende Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch erbracht werden.“

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

3. § 68 wird wie folgt gefaßt:

„§ 68 Inhalt

(1) Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, ist Hilfe zur Pflege zu gewähren. Absatz 5 und § 69 sind auch auf Kranke und Behinderte anzuwenden, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Hilfe bedürfen, einen geringeren Hilfebedarf als nach Satz 1 haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als nach Absatz 4 bedürfen.

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

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

4. andere Krankheiten oder Behinderungen, infolge derer Personen pflegebedürftig im Sinne des Absatzes 1 sind.

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

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

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

(5) Dem Pflegebedürftigen sollen auch die Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden, die zur Erleichterung seiner Beschwerden wirksam beitragen. Um der Gefahr einer Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden.

(6) Die Verordnung nach § 16 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Richtlinien der Pflegekassen nach § 17 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und die Verordnung nach § 30 des Elften Buches Sozialgesetzbuch finden zur Bestimmung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit und zur Abgrenzung, Höhe und Anpassung der Pflegegelder nach § 69a entsprechende Anwendung.“

4. Nach § 68 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 68a

Bindungswirkung

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

5. § 69 wird wie folgt gefaßt:

„§ 69

Häusliche Pflege

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

6. Nach § 69 werden folgende Paragraphen eingefügt:

„§ 69a

Pflegegeld

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

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

(3) Pflegebedürftige, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für mehrere Verrichtungen täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Schwerstpflegebedürftige), erhalten ein Pflegegeld in Höhe von 1 300 Deutsche Mark monatlich.

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

§ 69b

Andere Leistungen

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

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

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

§ 69c

Leistungskonkurrenz

(1) Leistungen nach § 69a und § 69b Abs. 2 werden nicht gewährt, soweit der Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhält. Auf das Pflegegeld sind Leistungen nach § 67 oder gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften mit 70 vom Hundert, Pflegegelder nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch jedoch in dem Umfang, in dem sie gewährt werden, anzurechnen.

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

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

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

7. In § 70 Abs. 3 wird die Angabe „§ 69 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 69b Abs. 1“ ersetzt.

8. § 81 wird wie folgt geändert:

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

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

9. Dem § 93 wird folgender Absatz angefügt:

„(7) Bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch richten sich Art, Inhalt, Umfang und Vergütung der ambulanten und teilstationären Pflegeleistungen sowie der Leistungen der Kurzzeitpflege ab 1. April 1995 und der vollstationären Pflegeleistungen sowie der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und der Zusatzleistungen in Pflegeheimen ab Inkrafttreten des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nach den Vorschriften des Achten Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch, soweit nicht nach § 68 weitergehende Leistungen zu gewähren sind.“

Artikel 19

Änderung des Heimgesetzes

Das Heimgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. April 1990 (BGBl. I S. 763, 1069), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 21. Juli 1993 (BGBl. I S. 1257), wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt gefaßt:

„§ 3

Mindestanforderungen

Zur Durchführung des § 2 kann das Bundesministerium für Familie und Senioren im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft, dem Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Mindestanforderungen festlegen:

1. für die Räume, insbesondere die Wohn-, Aufenthalts-, Therapie- und Wirtschaftsräume sowie die Verkehrsflächen und die sanitären Anlagen,
2. für die Eignung des Leiters des Heimes und der Beschäftigten.“

2. Nach § 4d wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 4e

Heimverträge mit Versicherten
der sozialen Pflegeversicherung

(1) In Heimverträgen mit Versicherten der sozialen Pflegeversicherung, die Leistungen der stationären Pflege nach den §§ 42 und 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Anspruch nehmen, sind die Leistungen des Heimträgers für allgemeine Pflegeleistungen, für Unterkunft und Verpflegung sowie für Zusatzleistungen im einzelnen gesondert zu beschreiben und die jeweiligen Entgelte hierfür gesondert anzugeben. Art, Inhalt und Umfang der in Satz 1 genannten Leistungen sowie die jeweiligen Entgelte bestimmen sich nach dem Siebten und Achten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

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

(3) Der Anspruch des Heimträgers auf Zahlung des Entgelts für die allgemeinen Pflegeleistungen, soweit sie von der Pflegekasse zu tragen sind, ist unmittelbar gegen die zuständige Pflegekasse zu richten, soweit in § 91 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nichts anderes bestimmt ist.“

3. § 5 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Das Bundesministerium für Familie und Senioren legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Wahl des Heimbeirats und die Bestellung des Heimfürsprechers sowie über Art, Umfang und Form ihrer Mitwirkung fest.“

4. § 8 Abs. 3 wird wie folgt gefaßt:

„(3) Das Bundesministerium für Familie und Senioren legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Art und Umfang der in den Absätzen 1 und 2 genannten Pflichten und das einzuhaltende Verfahren näher fest.“

5. Dem § 9 wird folgender Absatz angefügt:

„(4) Die für die Heimaufsicht zuständigen Behörden sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und dem Bundesministerium für Familie und Senioren auf Verlangen Auskunft über die Umstände zu erteilen, die sie für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch benötigen. Daten der Pflegebedürftigen dürfen den Beteiligten nach Satz 1 nur in anonymisierter Form übermittelt werden.“

6. § 14 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 7 Satz 1 werden hinter den Wörtern „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft“ die Wörter „und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ eingefügt.

b) Folgender Absatz wird angefügt:

„(8) Absatz 2 Nr. 4 gilt nicht für Versicherte der sozialen Pflegeversicherung.“

Artikel 20**Änderung
des Lastenausgleichsgesetzes**

Das Lastenausgleichsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Juni 1993 (BGBl. I S. 845), geändert durch Artikel 3 Abs. 6 des Gesetzes vom 17. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2118), wird wie folgt geändert:

1. § 267 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird der letzte Satz durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Pflegezulage von 50 Deutsche Mark monatlich erhöht sich, wenn Pflegezulage, Pflegegeld oder eine Pflegesachleistung nach anderen Vorschriften nicht gewährt wird, um 254 Deutsche Mark monatlich. Die Pflegezulage von 50 Deutsche Mark, bei Heimunterbringung von 20 Deutsche Mark monatlich ist nicht zu gewähren, wenn Pflegebedürftige Pflegegeld oder eine Pflegesachleistung nach den Vorschriften des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder in den Fällen des § 276 Abs. 3a vergleichbare Leistungen von einem privaten Versicherungsunternehmen erhalten.“

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

„c) Personen, die infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen so hilflos sind, daß sie nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen können, ein Freibetrag von 75 Deutsche Mark monatlich, es sei denn, sie erhalten Pflegegeld oder eine Pflegesachleistung nach den Vorschriften des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder vergleichbare Leistungen von einem privaten Versicherungsunternehmen;“.

2. § 276 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden nach dem Wort „Krankenversorgung“ ein Komma und das Wort „Pflegeversicherung“ angefügt.

b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz eingefügt:

„(3a) Empfänger von Unterhaltshilfe, die nach § 20 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig oder nach § 22 oder § 23 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, erhalten als Teil der Unterhaltshilfe einen Zuschuß zu den Aufwendungen für die Pflegeversicherung. Der monatliche Zuschuß wird in Höhe des Beitrags geleistet, den der Leistungsträger als Pflegeversicherungsbeitrag für Leistungsempfänger zu tragen hat, die in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert sind.“

3. Nach § 285 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 285a

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

Artikel 21 **Änderung** **des Bundesbesoldungsgesetzes**

Das Bundesbesoldungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. März 1992 (BGBl. I S. 409), zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 14 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378), wird wie folgt geändert:

Nach § 3 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 3a

Besoldungskürzung

(1) Der Anspruch auf monatliche Dienstbezüge wird um 0,5 vom Hundert eines vollen Monatsbezuges abgesenkt. Satz 1 gilt nicht für Beamte, Richter und Soldaten in Dienststellen in den Ländern, in denen die am 31. Dezember 1993 bestehende Anzahl der gesetzlichen landesweiten Feiertage um einen Feiertag, der stets auf einen Werktag fiel, vermindert worden ist.

(2) Der Anspruch auf monatliche Dienstbezüge wird nach dem Inkrafttreten des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch um weitere 0,33 vom Hundert eines vollen Monatsbezuges abgesenkt. Dies gilt nicht für Beamte, Richter und Soldaten in Dienststellen in den Ländern, in denen die am 31. Dezember 1993 bestehende Anzahl der gesetzlichen landesweiten Feiertage um einen weiteren Feiertag, der stets auf einen Werktag fiel, vermindert worden ist. Die Sätze 1 und 2 gelten nur, wenn die Bundesregierung in der Rechtsverordnung nach Artikel 69 des Pflege-Versicherungsgesetzes festgestellt hat, daß die Aufhebung eines weiteren Feiertages, der stets auf einen Werktag fällt, notwendig ist.

(3) Die Aufhebung eines Feiertages wirkt für das gesamte Kalenderjahr. Handelt es sich um einen Feiertag, der im laufenden Kalenderjahr vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung über die Streichung liegt, wirkt die Aufhebung erst im folgenden Kalenderjahr.“

Artikel 22 **Regelung für Amtsverhältnisse**

Für die Empfänger von Amtsbezügen des Bundes gilt § 3a des Bundesbesoldungsgesetzes sinngemäß.

Artikel 23 **Änderung** **des Abgeordnetengesetzes** **und des Europaabgeordnetengesetzes**

Das Abgeordnetengesetz vom 18. Februar 1977 (BGBl. I S. 297), zuletzt geändert durch das Gesetz vom 11. März 1994 (BGBl. I S. 526), und das Europaabgeordnetengesetz vom 6. April 1979 (BGBl. I S. 413), zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 3 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378), werden wie folgt geändert:

1. Nach § 11 Abs. 2 des Abgeordnetengesetzes wird folgender Absatz angefügt:

„(3) Der Auszahlungsbetrag der Entschädigung nach Absatz 1 und der Amtszulage nach Absatz 2 vermindert sich in Ansehung der zu den Kosten in Pflegefällen nach § 27 gewährten Zuschüsse vom 1. Januar

1995 an um ein Dreihundertfünfundsechzigstel. Er beträgt dann 10 337,60 Deutsche Mark, im Falle der Amtszulage nach Absatz 2 für den Präsidenten 10 337,60 Deutsche Mark und für seine Stellvertreter 5 168,80 Deutsche Mark. Vom Zeitpunkt des Inkrafttretens des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch an beträgt der Auszahlungsbetrag der Entschädigung nach Absatz 1 10 309,20 Deutsche Mark, der der Amtszulage nach Absatz 2 für den Präsidenten 10 309,20 Deutsche Mark und für seine Stellvertreter 5 154,60 Deutsche Mark. Satz 3 gilt nur, wenn die Bundesregierung in der Rechtsverordnung nach Artikel 69 des Pflege-Versicherungsgesetzes festgestellt hat, daß die Aufhebung eines weiteren Feiertages, der stets auf einen Werktag fällt, notwendig ist.“

2. § 27 des Abgeordnetengesetzes wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 erhält folgende Fassung:

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

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz eingefügt:

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

c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.

3. In § 9 des Europaabgeordnetengesetzes werden nach Satz 1 folgende Sätze angefügt:

„Der Auszahlungsbetrag der Entschädigung nach Satz 1 vermindert sich in Ansehung der zu den Kosten in Pflegefällen nach § 11 in Verbindung mit § 27 des Abgeordnetengesetzes gewährten Zuschüsse vom 1. Januar 1995 an um ein Dreihundertfünfundsechzigstel. Er beträgt dann 10 337,60 Deutsche Mark. Vom Zeitpunkt des Inkrafttretens des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch an beträgt der Auszahlungsbetrag der Entschädigung nach Absatz 1 10 309,20 Deutsche Mark. Satz 3 gilt nur, wenn die Bundesregierung in der Rechtsverordnung nach Artikel 69 des Pflege-Versicherungsgesetzes festgestellt hat, daß die Aufhebung eines weiteren Feiertages, der stets auf einen Werktag fällt, notwendig ist.“

Artikel 24 **Änderung** **des Flüchtlingshilfegesetzes**

Dem § 15 des Flüchtlingshilfegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Mai 1971 (BGBl. I S. 681), das zuletzt durch Artikel 3b des Gesetzes vom 24. Juli 1992 (BGBl. I S. 1389) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Bei Bezug einer besonderen laufenden Beihilfe gilt § 276 Abs. 3a des Lastenausgleichsgesetzes entsprechend.“

Artikel 25
Änderung
des Bundesvertriebenengesetzes

Das Bundesvertriebenengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Juni 1993 (BGBl. I S. 829) wird wie folgt geändert:

In § 11 Abs. 1 werden die Wörter „mit Ausnahme der Leistungen nach den §§ 53 bis 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

Artikel 26
Änderung
des Einkommensteuergesetzes

Das Einkommensteuergesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. September 1990 (BGBl. I S. 1898, 1991 I S. 808), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 28. Januar 1994 (BGBl. I S. 142), wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 1 Buchstabe a wird wie folgt gefaßt:

„a) Leistungen aus einer Krankenversicherung, aus einer Pflegeversicherung und aus der gesetzlichen Unfallversicherung,“.

b) In Nummer 14 wird das Wort „Krankenversicherung“ durch die Wörter „Kranken- und Pflegeversicherung“ ersetzt.

2. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 Buchstabe a werden die Wörter „Kranken-, Unfall- und Haftpflichtversicherungen“ durch die Wörter „Kranken-, Pflege-, Unfall- und Haftpflichtversicherungen“ ersetzt.

bb) Am Ende von Nummer 2 Doppelbuchstabe dd werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Buchstabe angefügt:

„c) Beiträge zu einer zusätzlichen freiwilligen Pflegeversicherung“.

b) Am Ende des Absatzes 3 werden der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„4. für Beiträge nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe c ein zusätzlicher Höchstbetrag von 360 Deutsche Mark für Steuerpflichtige, die nach dem 31. Dezember 1957 geboren sind.“

3. § 33b wird wie folgt geändert:

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

b) In Absatz 3 wird Satz 3 wie folgt gefaßt:

„Für Behinderte, die hilflos im Sinne des Absatzes 6 sind, und für Blinde erhöht sich der Pauschbetrag auf 7 200 Deutsche Mark.“

c) In Absatz 6 wird Satz 1 durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Wegen der außergewöhnlichen Belastungen, die einem Steuerpflichtigen durch die Pflege einer Person erwachsen, die nicht nur vorübergehend hilflos ist, kann er an Stelle einer Steuerermäßigung nach § 33 einen Pauschbetrag von 1 800 Deutsche Mark im Kalenderjahr geltend machen (Pflegepauschbetrag). Hilflos im Sinne des Satzes 1 ist eine Person, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder einer Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muß, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Voraussetzung ist, daß der Steuerpflichtige die Pflege im Inland entweder in seiner Wohnung oder in der Wohnung des Pflegebedürftigen persönlich durchführt. Wird ein Pflegebedürftiger von mehreren Steuerpflichtigen im Veranlagungszeitraum gepflegt, wird der Pauschbetrag nach der Zahl der Pflegepersonen, bei denen die Voraussetzungen der Sätze 1 bis 4 vorliegen, geteilt.“

Artikel 27

Änderung des Umsatzsteuergesetzes

In § 4 Nr. 16 Buchstabe d und e des Umsatzsteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. April 1993 (BGBl. I S. 565, 1160), das zuletzt durch Artikel 6 Abs. 57 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378) geändert worden ist, werden jeweils die Wörter „zwei Drittel“ durch die Angabe „40 vom Hundert“ ersetzt.

Artikel 28

Änderung des Bewertungsgesetzes

In § 111 Nr. 2 des Bewertungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Februar 1991 (BGBl. I S. 230), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 21. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2310) geändert worden ist, wird nach dem Wortbestandteil „Kranken-“ ein Komma und der Wortbestandteil „Pflege-“ eingefügt.

Artikel 29

Änderung
des Versicherungssteuergesetzes

In § 4 Nr. 5 des Versicherungssteuergesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 611-15, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 23 des Gesetzes vom 21. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2310) geändert worden ist, wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

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

Artikel 30
Änderung
der Bundeshaushaltsordnung

In § 112 Abs. 1 Satz 1 der Bundeshaushaltsordnung vom 19. August 1969 (BGBl. I S. 1284), die zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 21. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2353) geändert worden ist, werden nach dem Wort „Krankenversicherung,“ die Wörter „der sozialen Pflegeversicherung“ eingefügt.

Artikel 31
Änderung
des Bundesausbildungsförderungsgesetzes

Das Bundesausbildungsförderungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. Juni 1983 (BGBl. I S. 645, 1680), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 21. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2374), wird wie folgt geändert:

1. Nach § 13 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 13a

Pflegeversicherungszuschlag

Für Auszubildende, die beitragspflichtig

1. in der sozialen Pflegeversicherung oder
2. bei einem privaten Versicherungsunternehmen, das die in § 61 Abs. 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Voraussetzungen erfüllt, nach § 23 des Elften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind,

erhöhen sich die Beträge nach § 12 Abs. 1 und 2, § 13 Abs. 1 für die Pflegeversicherung ab 1. Januar 1995 um monatlich 10 Deutsche Mark, ab 1. Juli 1996 um monatlich 15 Deutsche Mark. Satz 1 ist bei Entscheidungen für Bewilligungszeiträume, die nach dem 31. Dezember 1994 beginnen, oder auf Antrag von Beginn des Antragsmonats an zu berücksichtigen.“

2. In § 21 Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 wird nach dem Wortbestandteil „Kranken-,“ der Wortbestandteil „Pflege-,“ eingefügt.

Artikel 32
Änderung des Wohngeldgesetzes

In § 14 Abs. 3 des Wohngeldgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Februar 1993 (BGBl. I S. 183), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2438) geändert worden ist, werden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Wörter „und die Pflegeversicherung“ eingefügt.

Artikel 33
Änderung
des Sozialgerichtsgesetzes

Das Sozialgerichtsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535),

zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 2. August 1993 (BGBl. I S. 1442), wird wie folgt geändert:

In § 51 Abs. 2 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit entscheiden auch über Streitigkeiten, die in Angelegenheiten nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch entstehen.“

Artikel 34
Änderung
des Eignungsübungsgesetzes

Nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 53-5, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 66 des Gesetzes vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261) geändert worden ist, wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 8a

Pflegeversicherung

(1) Die Teilnahme an einer Eignungsübung berührt eine bestehende Pflegeversicherung nicht.

(2) Für die Zeit der Teilnahme an einer Eignungsübung trägt der Bund die Hälfte des Beitrages zur sozialen Pflegeversicherung oder zahlt einen Beitragszuschuß für Privatversicherte entsprechend § 61 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.“

Artikel 35
Änderung
des Unterhaltssicherungsgesetzes

§ 7 des Unterhaltssicherungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Dezember 1987 (BGBl. I S. 2614), das zuletzt durch das Gesetz vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2144) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 werden nach der Angabe „3“ ein Komma und die Angabe „3a“ eingefügt.
- b) In Satz 2 werden nach der Angabe „Absatz 2 Nr. 2“ ein Komma und die Angabe „2a“ eingefügt.

2. Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) Nach der Nummer 2 wird folgende Nummer eingefügt:
„2a. Ersatz der Beiträge zu einer privaten Pflegeversicherung zugunsten Wehrpflichtiger, für die keine Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung entrichtet werden;“.
- b) Nach der Nummer 3 wird folgende Nummer eingefügt:
„3a. Ersatz der Beiträge zu einer privaten Pflegeversicherung zugunsten von Familienangehörigen ohne eigenes Einkommen;“.

Vierter Teil Überleitungsvorschriften zu den Artikeln 1 bis 35

Artikel 36

Änderung der Beitragsüberwachungsverordnung

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

Artikel 37

Änderung der Beitragszahlungsverordnung

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

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

Artikel 38

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

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

§ 1 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 3 werden nach der Angabe „106“ ein Komma und die Angabe „106a“ eingefügt.
- b) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer eingefügt:
 - „4a. der Teil des Beitrags zur Pflegeversicherung, den nach § 59 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 249a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zu tragen hat,“.

Artikel 39

Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf den Artikeln 36 bis 38 beruhenden Teile der dort geänderten Rechtsverordnungen können auf Grund der

jeweils einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

Artikel 40

Familienversicherung der Behinderten

Familienversicherung besteht auch für Behinderte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes die Voraussetzungen nach § 25 Abs. 2 Nr. 4 zweiter Halbsatz des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllen, diese aber erfüllt hätten, wenn die Pflegeversicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung bereits bestanden hätte.

Artikel 41

Übergangsregelungen für Fristen bei Wahlrechten der Versicherten

(1) Personen, die am 1. Januar 1995 in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, können sich bis zum 30. Juni 1995 von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Befreiungsanträge können bereits vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung ab dem 1. Januar 1995 gestellt werden. § 22 Abs. 1 und 2 Satz 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

(2) Personen, für die nach § 23 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zum 1. Januar 1995 Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung eintritt, können ihr Wahlrecht nach § 23 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auch schon vor dem 1. Januar 1995 mit Wirkung zum 1. Januar 1995 ausüben.

Artikel 42

Behandlung der bestehenden privaten Pflegeversicherungsverträge

(1) Wer bei Inkrafttreten des Gesetzes bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert ist, wird auf Antrag von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit, wenn der Vertrag mit dem privaten Versicherungsunternehmen vor dem 23. Juni 1993 abgeschlossen wurde. Dies gilt auch, wenn der Versicherte für sich und seine Angehörigen, für die nach § 25 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Anspruch auf Familienversicherung bestünde, Vertragsleistungen erhält, die den Leistungen nach dem Vierten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch noch nicht gleichwertig sind. Verträge, die unzureichende Vertragsleistungen vorsehen, sind bis zum 31. Dezember 1995 an den Leistungsumfang der sozialen Pflegeversicherung anzupassen. § 23 Abs. 3, 5 und 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

(2) Der Antrag ist bis zum 31. März 1995 bei der zuständigen Pflegekasse zu stellen. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, sie kann nicht widerrufen werden.

(3) Personen, die nach § 20 oder § 21 des Elften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig werden,

können den Pflegeversicherungsvertrag nach Absatz 1 mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Das Kündigungsrecht gilt auch für Familienangehörige, wenn für sie eine Familienversicherung nach § 25 des Elften Buches Sozialgesetzbuch eintritt.

(4) Die privaten Versicherungsunternehmen haben alle Versicherungsnehmer, die trotz Aufforderung ihren Versicherungsvertrag bis zum 31. Dezember 1995 nicht entsprechend Absatz 1 Satz 3 angepaßt haben, zu ermitteln und dem Bundesversicherungsamt bis zum 31. März 1996 zu melden. Die Meldepflichten nach Satz 1 bestehen auch, wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag, der nach Absatz 1 zur Versicherungsfreiheit geführt hat, nicht fortsetzt.

(5) Der Anspruch des Versicherungsnehmers auf einen Beitragszuschuß richtet sich nach § 61 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, § 106a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch, § 53a des Bundesversorgungsgesetzes, § 13a des Bundesausbildungsförderungsgesetzes, § 23a des Arbeitssicherstellungsgesetzes, § 8a des Eignungsübungsgesetzes, § 7 des Unterhaltssicherungsgesetzes, § 10a des Künstlersozialversicherungsgesetzes, § 276 des Lastenausgleichsgesetzes und § 15 des Flüchtlingshilfegesetzes. In der Zeit vom 1. Januar 1995 bis einschließlich 31. Dezember 1995 besteht der Anspruch auf den Zuschuß zu den Beiträgen für Verträge nach Absatz 1 auch in den Fällen, in denen die Vertragsleistungen noch nicht den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind.

(6) Wird der Vertrag entgegen Absatz 1 Satz 3 nicht angepaßt oder der Vertrag nach Absatz 1 vom Versicherungsnehmer nicht erfüllt, tritt ab 1. Januar 1996 für Versicherungspflichtige nach § 20 oder § 21 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ein.

Artikel 43

Beitragsbemessung bei landwirtschaftlichen Unternehmern und mitarbeitenden Familienangehörigen

Bei der Ermittlung des Zuschlages, der auf den Krankenversicherungsbeitrag aus dem Arbeitseinkommen aus Land- und Forstwirtschaft zu zahlen ist, wird in der Zeit vom 1. Januar 1995 bis 30. Juni 1995 von dem ab 1. Juli 1994 geltenden Beitragssatz nach § 247 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgegangen. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung stellt die Höhe des Zuschlages zum 1. Oktober 1994 fest.

Artikel 44

Beitragsbemessung bei Wehr- und Zivildienstleistenden

Der Beitrag von Wehr- und Zivildienstleistenden, die bei Inkrafttreten des Gesetzes einberufen sind, bemißt sich entsprechend § 59 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nach dem Beitrag, der vor der Einberufung zuletzt zu entrichten gewesen wäre, wenn die Pflegeversicherung zu diesem Zeitpunkt bereits bestanden hätte.

Artikel 45

Bezieher von Pflegeleistungen nach den §§ 53 bis 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

(1) Pflegebedürftige Versicherte, die bis zum 31. März 1995 Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit nach den §§ 53 bis 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten haben, werden mit Wirkung vom 1. April 1995 ohne Antragstellung in die Pflegestufe II eingestuft und erhalten Leistungen nach dem Vierten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch in dem Umfang, der für Pflegebedürftige im Sinne des § 15 Abs. 1 Nr. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehen ist. Sie werden auf Antrag der Pflegestufe III zugeordnet und erhalten Leistungen in dem Umfang, der für Pflegebedürftige im Sinne des § 15 Abs. 1 Nr. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehen ist, wenn festgestellt wird, daß Pflegebedürftigkeit im entsprechenden Umfang vorliegt. Wird der Antrag bis zum 30. Juni 1995 gestellt, wird die Zuordnung zur Pflegestufe III rückwirkend ab 1. April 1995 vorgenommen, bei späterer Antragstellung ab dem Zeitpunkt der Antragstellung.

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

Artikel 46

Aufbau der Verwaltung der Pflegekassen und Meldefristen

(1) Bis zur Aufnahme der Tätigkeit der Pflegekassen nehmen die Krankenkassen die Rechte und Pflichten der bei ihnen errichteten Pflegekassen wahr. Die den Krankenkassen im Jahr 1994 dabei entstehenden notwendigen Aufwendungen werden von den Pflegekassen bis Ende 1995 gegen Nachweis erstattet; haben Krankenkassen zur Einführung der Pflegeversicherung notwendige Maßnahmen bereits im letzten Quartal des Jahres 1993 getroffen, werden auch diese Aufwendungen gegen Nachweis erstattet.

(2) Die in § 50 Abs. 2 und § 51 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorgesehenen Meldungen sind von den zur Meldung verpflichteten Stellen erstmals zum 1. Oktober 1994 gegenüber der zuständigen Pflegekasse, im Fall des § 51 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gegenüber dem Bundesversicherungsamt abzugeben.

Artikel 47

Beitragsfreiheit für Pflegebedürftige in stationärer Pflege

Für Pflegebedürftige, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim erhalten, besteht bis zum Inkrafttreten der Regelungen des § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auf Antrag Beitragsfreiheit in der sozialen Pflegeversicherung, wenn sie keine Familienangehörigen haben, für die eine Versicherung nach § 25 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht.

Artikel 48**Übergangsregelungen
für Rentenbezieher**

(1) Für Personen, die am 31. Dezember 1994 eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen und bei denen § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Anwendung findet, wird der Zuschuß zur Pflegeversicherung für die Zeit vom 1. Januar 1995 bis zum 30. Juni 1996 auf der Grundlage des Beitragssatzes nach § 55 Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gezahlt. Die Pflegekassen melden den Rentenversicherungsträgern bis zum 31. Januar 1996 die bei ihnen versicherten Rentner der gesetzlichen Rentenversicherung, bei denen § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch angewendet wird. Die Meldepflicht gilt auch für die privaten Versicherungsunternehmen im Hinblick auf die bei ihnen versicherten Rentner, für die bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Anwendung finden würde.

(2) Für Personen, die am 31. Dezember 1994 eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, ist der von den Trägern der Rentenversicherung zu zahlende Zuschuß zur Pflegeversicherung von Amts wegen zu zahlen.

(3) Über die Beitragseinbehaltung aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung für die soziale Pflegeversicherung sowie über den Zuschuß zur Pflegeversicherung sind die Rentner zu informieren. Ein besonderer Bescheid ist nicht erforderlich.

Artikel 49**Weitergeltung
von Vergütungen und Pflegesätzen**

Die am 31. März 1995 geltenden Vergütungen für ambulante, teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege sowie die am 30. Juni 1996 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen geltenden Vergütungsregelungen bleiben über diese Zeitpunkte hinaus für längstens sechs Monate in Kraft, sofern nicht rechtzeitig vorher neue Vergütungsvereinbarungen nach Maßgabe des Achten Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch abgeschlossen worden sind; die Leistungen der Pflegekassen richten sich nach den Vorschriften des Vierten Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Artikel 50**Übergangsregelung
zum Bundessozialhilfegesetz,
Bundesversorgungsgesetz
und Lastenausgleichsgesetz**

Die Regelung in § 69 Abs. 3 Satz 4 des Bundessozialhilfegesetzes, wonach die Geldleistung nach § 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bis zum 31. Dezember 1994 mit 200 Deutsche Mark anzurechnen ist, gilt bis zum 31. März 1995. Satz 1 gilt entsprechend für die Anrechnungsbestimmungen in § 26c Abs. 5 Satz 4 des Bundesversorgungsgesetzes und § 267 Abs. 1 Satz 6 zweiter Halbsatz des Lastenausgleichsgesetzes.

Artikel 51**Pflegegeld
nach dem Bundessozialhilfegesetz**

Pflegebedürftige, die bis zum 31. März 1995 nach § 69 Bundessozialhilfegesetz in der bis zum 31. März 1995 geltenden Fassung Pflegegeld bezogen haben, erhalten das Pflegegeld insoweit weiter, als es zusammen mit dem bis zum 31. März 1995 gezahlten Pflegegeld nach § 57 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch den Pflegegeldanspruch nach § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch übersteigt und die geltenden Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes den Leistungsbezug nicht ausschließen. Bei der Anwendung dieser Bestimmung ist von den am 31. März 1995 in § 69 Bundessozialhilfegesetz festgelegten Beträgen auszugehen.

Artikel 52**Finanzhilfen für Investitionen
in Pflegeeinrichtungen
im Beitrittsgebiet**

(1) Zur zügigen und nachhaltigen Verbesserung der Qualität der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung der Bevölkerung und zur Anpassung an das Versorgungsniveau im übrigen Bundesgebiet gewährt der Bund den Ländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen in den Jahren 1995 bis 2002 Finanzhilfen in Höhe von jährlich 800 Millionen Deutsche Mark, insgesamt 6,4 Milliarden Deutsche Mark, zur Förderung von Investitionen in Pflegeeinrichtungen; im Land Berlin dürfen die Finanzhilfen nur für Maßnahmen im östlichen Teil eingesetzt werden. Die Finanzhilfen dürfen nur dazu verwendet werden, die für den Betrieb von Pflegeeinrichtungen notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instandzuhalten oder instandzusetzen sowie die Erstausrüstung mit den betriebsnotwendigen Wirtschaftsgütern zu finanzieren (Investitionsmaßnahmen).

(2) Die Finanzhilfen des Bundes werden vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung den in Absatz 1 genannten Ländern nach ihrer Einwohnerzahl zugewiesen; dabei darf für das Land Berlin nur die Einwohnerzahl im östlichen Teil zugrundegelegt werden. Die Finanzhilfen betragen bis zu 80 vom Hundert der öffentlichen Finanzierung; die Länder stellen sicher, daß wenigstens 20 vom Hundert der öffentlichen Investitionsmittel aus Mitteln des Landes oder der Gemeinden (Gemeindeverbände) aufgebracht werden. Von einem Land in einem Jahr nicht abgerufene Mittel können in den Folgejahren bei Bedarf abgerufen werden. Das Nähere wird durch eine Verwaltungsvereinbarung nach Artikel 104a Abs. 4 des Grundgesetzes geregelt.

(3) Die Mittel zur Finanzierung der Investitionen werden nach Inkrafttreten der Leistungen zur stationären Pflege wie folgt aufgebracht:

1. vom Bund im Jahr 1996 in Höhe von 400 Millionen Deutsche Mark, in den Jahren 1997 bis 2001 in Höhe von jährlich 800 Millionen Deutsche Mark und im Jahr 2002 in Höhe von 720 Millionen Deutsche Mark,
2. von allen Ländern durch anteilige Kürzungen der Erstattungen des Bundes an die Länder für die Kriegs-

opferfürsorge in Höhe von 100 Millionen Deutsche Mark im Jahr 1996, in Höhe von jährlich 200 Millionen Deutsche Mark in den Jahren 1997 bis 2001 und im Jahr 2002 in Höhe von 180 Millionen Deutsche Mark; die Aufteilung der auf die Länder entfallenden Kürzungen ist bis zum 31. Dezember 1994 durch eine Verwaltungsvereinbarung zwischen allen Ländern zu regeln.

(4) Die Pflegekassen beteiligen sich an der Finanzierung der Investitionsmaßnahmen nach Absatz 1, indem sie dem Bund im Jahr 1995 einen Betrag von insgesamt 1,1 Milliarden Deutsche Mark überbrückungsweise zur Verfügung stellen. Dieser Betrag wird den Pflegekassen im Jahr 2002 vom Bund in Höhe von 880 Millionen Deutsche Mark und von den Ländern in Höhe von 220 Millionen Deutsche Mark im Wege der Verrechnung mit den Überschüssen, die bis zum Jahr 2002 einschließlich entstehen (Absatz 3), erstattet; für den Länderanteil gilt der nach Absatz 3 Nr. 2 zu vereinbarenden Verteilungsschlüssel entsprechend.

(5) Die in Absatz 1 genannten Länder stellen ein- oder mehrjährige Investitionsprogramme auf, erstmals bis spätestens 1. Oktober 1994, und schreiben diese fort. In den Programmen sind insbesondere die Art und Zahl der Vorhaben, die für die Durchführung der Investitionsprogramme erforderlichen Finanzhilfen des Bundes, der Eigenanteil des jeweiligen Landes sowie die von den geförderten Pflegeeinrichtungen eingesetzten Eigen- und Fremdmittel aufzuführen. Die erstmals aufgestellten Programme können auch Maßnahmen enthalten, die nach dem 1. Juni 1994 begonnen wurden. Soweit es um die Sicherstellung der zweckentsprechenden Verwendung der Finanzhilfen geht, ist das Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung herzustellen. Die zweckentsprechende Verwendung der Finanzhilfen ist anhand der entsprechenden Unterlagen jährlich in einem vereinfachten Verfahren nachzuweisen.

Fünfter Teil

Änderung der Entgeltfortzahlung an Feiertagen und im Krankheitsfall

Artikel 53

Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz)

§ 1

Anwendungsbereich

(1) Dieses Gesetz regelt die Zahlung des Arbeitsentgelts an gesetzlichen Feiertagen und die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfall an Arbeitnehmer sowie die wirtschaftliche Sicherung im Bereich der Heimarbeit für gesetzliche Feiertage und im Krankheitsfall.

(2) Arbeitnehmer im Sinne dieses Gesetzes sind Arbeiter und Angestellte sowie die zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten.

§ 2

Entgeltzahlung an Feiertagen

(1) Für Arbeitszeit, die infolge eines gesetzlichen Feiertages ausfällt, hat der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer das Arbeitsentgelt zu zahlen, das er ohne den Arbeitsausfall erhalten hätte.

(2) Die Arbeitszeit, die an einem gesetzlichen Feiertag gleichzeitig infolge von Kurzarbeit ausfällt und für die an anderen Tagen als an gesetzlichen Feiertagen Kurzarbeitergeld geleistet wird, gilt als infolge eines gesetzlichen Feiertages nach Absatz 1 ausgefallen.

(3) Arbeitnehmer, die am letzten Arbeitstag vor oder am ersten Arbeitstag nach Feiertagen unentschuldigt der Arbeit fernbleiben, haben keinen Anspruch auf Bezahlung für diese Feiertage.

§ 3

Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

(1) Wird ein Arbeitnehmer durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit an seiner Arbeitsleistung verhindert, ohne daß ihn ein Verschulden trifft, so verliert er dadurch nicht den Anspruch auf Arbeitsentgelt für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von sechs Wochen. Wird der Arbeitnehmer infolge derselben Krankheit erneut arbeitsunfähig, so verliert er wegen der erneuten Arbeitsunfähigkeit den Anspruch nach Satz 1 für einen weiteren Zeitraum von höchstens sechs Wochen nicht, wenn

1. er vor der erneuten Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Monate nicht infolge derselben Krankheit arbeitsunfähig war oder
2. seit Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit eine Frist von zwölf Monaten abgelaufen ist.

(2) Als unverschuldete Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Absatzes 1 gilt auch eine Arbeitsverhinderung, die infolge einer nicht rechtswidrigen Sterilisation oder eines nicht rechtswidrigen Abbruchs der Schwangerschaft eintritt. Dasselbe gilt für einen Abbruch der Schwangerschaft, wenn die Schwangerschaft innerhalb von zwölf Wochen nach der Empfängnis durch einen Arzt abgebrochen wird, die schwangere Frau den Abbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nachgewiesen hat, daß sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff von einer anerkannten Beratungsstelle hat beraten lassen.

§ 4

Höhe des fortzuzahlenden Arbeitsentgelts

(1) Für den in § 3 Abs. 1 bezeichneten Zeitraum ist dem Arbeitnehmer das ihm bei der für ihn maßgebenden regelmäßigen Arbeitszeit zustehende Arbeitsentgelt fortzuzahlen. Ausgenommen sind Leistungen für Aufwendungen des Arbeitnehmers, soweit der Anspruch auf sie im Falle der Arbeitsfähigkeit davon abhängig ist, daß dem Arbeitnehmer entsprechende Aufwendungen tatsächlich entstanden sind, und dem Arbeitnehmer solche Aufwendungen während der Arbeitsunfähigkeit nicht entstehen. Erhält der Arbeitnehmer eine auf das Ergebnis der Arbeit abgestellte Vergütung, so ist der von dem Arbeitnehmer

in der für ihn maßgebenden regelmäßigen Arbeitszeit erzielbare Durchschnittsverdienst fortzuzahlen.

(2) Ist der Arbeitgeber für Arbeitszeit, die gleichzeitig infolge eines gesetzlichen Feiertages ausgefallen ist, zur Fortzahlung des Arbeitsentgelts nach § 3 verpflichtet, bemißt sich die Höhe des fortzuzahlenden Arbeitsentgelts für diesen Feiertag nach § 2.

(3) Wird in dem Betrieb verkürzt gearbeitet und würde deshalb das Arbeitsentgelt des Arbeitnehmers im Falle seiner Arbeitsfähigkeit gemindert, so ist die verkürzte Arbeitszeit für ihre Dauer als die für den Arbeitnehmer maßgebende regelmäßige Arbeitszeit im Sinne des Absatzes 1 anzusehen. Dies gilt nicht im Falle des § 2 Abs. 2.

(4) Durch Tarifvertrag kann eine von den Absätzen 1 und 3 abweichende Bemessungsgrundlage des fortzuzahlenden Arbeitsentgelts festgelegt werden. Im Geltungsbereich eines solchen Tarifvertrages kann zwischen nichttarifgebundenen Arbeitgebern und Arbeitnehmern die Anwendung der tarifvertraglichen Regelung über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle vereinbart werden.

§ 5

Anzeige- und Nachweispflichten

(1) Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als drei Kalendertage, hat der Arbeitnehmer eine ärztliche Bescheinigung über das Bestehen der Arbeitsunfähigkeit sowie deren voraussichtliche Dauer spätestens an dem darauffolgenden Arbeitstag vorzulegen. Der Arbeitgeber ist berechtigt, die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung früher zu verlangen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als in der Bescheinigung angegeben, ist der Arbeitnehmer verpflichtet, eine neue ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Ist der Arbeitnehmer Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, muß die ärztliche Bescheinigung einen Vermerk des behandelnden Arztes darüber enthalten, daß der Krankenkasse unverzüglich eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit mit Angaben über den Befund und die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit übersandt wird.

(2) Hält sich der Arbeitnehmer bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Ausland auf, so ist er verpflichtet, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit, deren voraussichtliche Dauer und die Adresse am Aufenthaltsort in der schnellstmöglichen Art der Übermittlung mitzuteilen. Die durch die Mitteilung entstehenden Kosten hat der Arbeitgeber zu tragen. Darüber hinaus ist der Arbeitnehmer, wenn er Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, verpflichtet, auch dieser die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich anzuzeigen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als angezeigt, so ist der Arbeitnehmer verpflichtet, der gesetzlichen Krankenkasse die voraussichtliche Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen. Die gesetzlichen Krankenkassen können festlegen, daß der Arbeitnehmer Anzeige- und Mitteilungspflichten nach den Sätzen 3 und 4 auch gegenüber einem ausländischen Sozialversicherungsträger erfüllen kann. Absatz 1 Satz 5 gilt nicht. Kehrt ein arbeitsunfähig erkrankter Arbeitnehmer in das Inland zurück, so ist er verpflichtet, dem Arbeitgeber und der Krankenkasse seine Rückkehr unverzüglich anzuzeigen.

§ 6

Forderungsübergang bei Dritthaftung

(1) Kann der Arbeitnehmer auf Grund gesetzlicher Vorschriften von einem Dritten Schadensersatz wegen des Verdienstausfalls beanspruchen, der ihm durch die Arbeitsunfähigkeit entstanden ist, so geht dieser Anspruch insoweit auf den Arbeitgeber über, als dieser dem Arbeitnehmer nach diesem Gesetz Arbeitsentgelt fortgezahlt und darauf entfallende vom Arbeitgeber zu tragende Beiträge zur Bundesanstalt für Arbeit, Arbeitgeberanteile an Beiträgen zur Sozialversicherung und zur Pflegeversicherung sowie zu Einrichtungen der zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung abgeführt hat.

(2) Der Arbeitnehmer hat dem Arbeitgeber unverzüglich die zur Geltendmachung des Schadensersatzanspruchs erforderlichen Angaben zu machen.

(3) Der Forderungsübergang nach Absatz 1 kann nicht zum Nachteil des Arbeitnehmers geltend gemacht werden.

§ 7

Leistungsverweigerungsrecht des Arbeitgebers

(1) Der Arbeitgeber ist berechtigt, die Fortzahlung des Arbeitsentgelts zu verweigern,

1. solange der Arbeitnehmer die von ihm nach § 5 Abs. 1 vorzulegende ärztliche Bescheinigung nicht vorlegt oder den ihm nach § 5 Abs. 2 obliegenden Verpflichtungen nicht nachkommt;
2. wenn der Arbeitnehmer den Übergang eines Schadensersatzanspruchs gegen einen Dritten auf den Arbeitgeber (§ 6) verhindert.

(2) Absatz 1 gilt nicht, wenn der Arbeitnehmer die Verletzung dieser ihm obliegenden Verpflichtungen nicht zu vertreten hat.

§ 8

Beendigung des Arbeitsverhältnisses

(1) Der Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts wird nicht dadurch berührt, daß der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis aus Anlaß der Arbeitsunfähigkeit kündigt. Das gleiche gilt, wenn der Arbeitnehmer das Arbeitsverhältnis aus einem vom Arbeitgeber zu vertretenden Grunde kündigt, der den Arbeitnehmer zur Kündigung aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist berechtigt.

(2) Endet das Arbeitsverhältnis vor Ablauf der in § 3 Abs. 1 bezeichneten Zeit nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit, ohne daß es einer Kündigung bedarf, oder infolge einer Kündigung aus anderen als den in Absatz 1 bezeichneten Gründen, so endet der Anspruch mit dem Ende des Arbeitsverhältnisses.

§ 9

Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation

(1) Die Vorschriften der §§ 3, 4 und 6 bis 8 gelten entsprechend für die Arbeitsverhinderung infolge einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation, die ein Träger der gesetzlichen Renten-, Kranken-

oder Unfallversicherung, eine Verwaltungsbehörde der Kriegsopferversorgung oder ein sonstiger Sozialleistungsträger bewilligt hat und die in einer Einrichtung der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation stationär durchgeführt wird. Ist der Arbeitnehmer nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert, gelten die §§ 3, 4 und 6 bis 8 entsprechend, wenn eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation ärztlich verordnet worden ist und stationär in einer Einrichtung der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation oder einer vergleichbaren Einrichtung durchgeführt wird.

(2) Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, dem Arbeitgeber den Zeitpunkt des Antritts der Maßnahme, die voraussichtliche Dauer und die Verlängerung der Maßnahme im Sinne des Absatzes 1 unverzüglich mitzuteilen und ihm

- a) eine Bescheinigung über die Bewilligung der Maßnahme durch einen Sozialleistungsträger nach Absatz 1 Satz 1 oder
 - b) eine ärztliche Bescheinigung über die Erforderlichkeit der Maßnahme im Sinne des Absatzes 1 Satz 2
- unverzüglich vorzulegen.

§ 10

Wirtschaftliche Sicherung für den Krankheitsfall im Bereich der Heimarbeit

(1) In Heimarbeit Beschäftigte (§ 1 Abs. 1 des Heimarbeitsgesetzes) und ihnen nach § 1 Abs. 2 Buchstabe a bis c des Heimarbeitsgesetzes Gleichgestellte haben gegen ihren Auftraggeber oder, falls sie von einem Zwischenmeister beschäftigt werden, gegen diesen Anspruch auf Zahlung eines Zuschlags zum Arbeitsentgelt. Der Zuschlag beträgt

1. für Heimarbeiter, für Hausgewerbetreibende ohne fremde Hilfskräfte und die nach § 1 Abs. 2 Buchstabe a des Heimarbeitsgesetzes Gleichgestellten 3,4 vom Hundert,
2. für Hausgewerbetreibende mit nicht mehr als zwei fremden Hilfskräften und die nach § 1 Abs. 2 Buchstabe b und c des Heimarbeitsgesetzes Gleichgestellten 6,4 vom Hundert

des Arbeitsentgelts vor Abzug der Steuern, des Beitrags zur Bundesanstalt für Arbeit und der Sozialversicherungsbeiträge ohne Unkostenzuschlag und ohne die für den Lohnausfall an gesetzlichen Feiertagen, den Urlaub und den Arbeitsausfall infolge Krankheit zu leistenden Zahlungen. Der Zuschlag für die unter Nummer 2 aufgeführten Personen dient zugleich zur Sicherung der Ansprüche der von ihnen Beschäftigten.

(2) Zwischenmeister, die den in Heimarbeit Beschäftigten nach § 1 Abs. 2 Buchstabe d des Heimarbeitsgesetzes gleichgestellt sind, haben gegen ihren Auftraggeber Anspruch auf Vergütung der von ihnen nach Absatz 1 nachweislich zu zahlenden Zuschläge.

(3) Die nach den Absätzen 1 und 2 in Betracht kommenden Zuschläge sind gesondert in den Entgeltbeleg einzutragen.

(4) Für Heimarbeiter (§ 1 Abs. 1 Buchstabe a des Heimarbeitsgesetzes) kann durch Tarifvertrag bestimmt werden, daß sie statt der in Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 bezeich-

neten Leistungen die den Arbeitnehmern im Falle ihrer Arbeitsunfähigkeit nach diesem Gesetz zustehenden Leistungen erhalten. Bei der Bemessung des Anspruchs auf Arbeitsentgelt bleibt der Unkostenzuschlag außer Betracht.

(5) Auf die in den Absätzen 1 und 2 vorgesehenen Zuschläge sind die §§ 23 bis 25, 27 und 28 des Heimarbeitsgesetzes, auf die in Absatz 1 dem Zwischenmeister gegenüber vorgesehenen Zuschläge außerdem § 21 Abs. 2 des Heimarbeitsgesetzes entsprechend anzuwenden. Auf die Ansprüche der fremden Hilfskräfte der in Absatz 1 unter Nummer 2 genannten Personen auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall ist § 26 des Heimarbeitsgesetzes entsprechend anzuwenden.

§ 11

Feiertagsbezahlung der in Heimarbeit Beschäftigten

(1) Die in Heimarbeit Beschäftigten (§ 1 Abs. 1 des Heimarbeitsgesetzes) haben gegen den Auftraggeber oder Zwischenmeister Anspruch auf Feiertagsbezahlung nach Maßgabe der Absätze 2 bis 5. Den gleichen Anspruch haben die in § 1 Abs. 2 Buchstabe a bis d des Heimarbeitsgesetzes bezeichneten Personen, wenn sie hinsichtlich der Feiertagsbezahlung gleichgestellt werden; die Vorschriften des § 1 Abs. 3 Satz 3 und Abs. 4 und 5 des Heimarbeitsgesetzes finden Anwendung. Eine Gleichstellung, die sich auf die Entgeltregelung erstreckt, gilt auch für die Feiertagsbezahlung, wenn diese nicht ausdrücklich von der Gleichstellung ausgenommen ist.

(2) Das Feiertagsgeld beträgt für jeden Feiertag im Sinne des § 2 Abs. 1 0,72 vom Hundert des in einem Zeitraum von sechs Monaten ausgezahlten reinen Arbeitsentgelts ohne Unkostenzuschläge. Bei der Berechnung des Feiertagsgeldes ist für die Feiertage, die in den Zeitraum vom 1. Mai bis 31. Oktober fallen, der vorhergehende Zeitraum vom 1. November bis 30. April und für die Feiertage, die in den Zeitraum vom 1. November bis 30. April fallen, der vorhergehende Zeitraum vom 1. Mai bis 31. Oktober zugrunde zu legen. Der Anspruch auf Feiertagsgeld ist unabhängig davon, ob im laufenden Halbjahreszeitraum noch eine Beschäftigung in Heimarbeit für den Auftraggeber stattfindet.

(3) Das Feiertagsgeld ist jeweils bei der Entgeltzahlung vor dem Feiertag zu zahlen. Ist die Beschäftigung vor dem Feiertag unterbrochen worden, so ist das Feiertagsgeld spätestens drei Tage vor dem Feiertag auszuzahlen. Besteht bei der Einstellung der Ausgabe von Heimarbeit zwischen den Beteiligten Einvernehmen, das Heimarbeitsverhältnis nicht wieder fortzusetzen, so ist dem Berechtigten bei der letzten Entgeltzahlung das Feiertagsgeld für die noch übrigen Feiertage des laufenden sowie für die Feiertage des folgenden Halbjahreszeitraumes zu zahlen. Das Feiertagsgeld ist jeweils bei der Auszahlung in die Entgeltbelege (§ 9 des Heimarbeitsgesetzes) einzutragen.

(4) Übersteigt das Feiertagsgeld, das der nach Absatz 1 anspruchsberechtigte Hausgewerbetreibende oder im Lohnauftrag arbeitende Gewerbetreibende (Anspruchsberechtigte) für einen Feiertag auf Grund des § 2 seinen fremden Hilfskräften (§ 2 Abs. 6 des Heimarbeitsgesetzes) gezahlt hat, den Betrag, den er auf Grund der Absätze 2 und 3 für diesen Feiertag erhalten hat, so haben ihm auf

Verlangen seine Auftraggeber oder Zwischenmeister den Mehrbetrag anteilig zu erstatten. Ist der Anspruchsberechtigte gleichzeitig Zwischenmeister, so bleibt hierbei das für die Heimarbeiter oder Hausgewerbetreibenden empfangene und weiter gezahlte Feiertagsgeld außer Ansatz. Nimmt ein Anspruchsberechtigter eine Erstattung nach Satz 1 in Anspruch, so können ihm bei Einstellung der Ausgabe von Heimarbeit die erstatteten Beträge auf das Feiertagsgeld angerechnet werden, das ihm auf Grund des Absatzes 2 und des Absatzes 3 Satz 3 für die dann noch übrigen Feiertage des laufenden sowie für die Feiertage des folgenden Halbjahreszeitraumes zu zahlen ist.

(5) Das Feiertagsgeld gilt als Entgelt im Sinne der Vorschriften des Heimarbeitsgesetzes über Mithaftung des Auftraggebers (§ 21 Abs. 2), über Entgeltschutz (§§ 23 bis 27) und über Auskunftspflicht über Entgelte (§ 28); hierbei finden die §§ 24 bis 26 des Heimarbeitsgesetzes Anwendung, wenn ein Feiertagsgeld gezahlt ist, das niedriger ist als das in diesem Gesetz festgesetzte.

§ 12

Unabdingbarkeit

Abgesehen von § 4 Abs. 4 kann von den Vorschriften dieses Gesetzes nicht zuungunsten des Arbeitnehmers oder der nach § 10 berechtigten Personen abgewichen werden.

Artikel 54

Änderung

des Arbeitsgesetzbuches der DDR

Die §§ 115a, 115c bis 115e des Arbeitsgesetzbuches der Deutschen Demokratischen Republik vom 16. Juni 1977 (GBl. I Nr. 18 S. 185), zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. Juni 1990 (GBl. I Nr. 35 S. 371), die nach Anlage II Kapitel VIII Sachgebiet A Abschnitt III Nr. 1 Buchstabe a des Einigungsvertrages vom 31. August 1990 in Verbindung mit Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. 1990 II S. 885, 1207) fortgelten, und § 115b des Arbeitsgesetzbuches der Deutschen Demokratischen Republik vom 16. Juni 1977 (GBl. I Nr. 18 S. 185), zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. Juni 1990 (GBl. I Nr. 35 S. 371), der nach Anlage II Kapitel VIII Sachgebiet A Abschnitt II des Einigungsvertrages vom 31. August 1990 in Verbindung mit Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. 1990 II S. 885, 1207) mit Änderungen fortgilt, werden aufgehoben.

Artikel 55

Änderung

des Berufsbildungsgesetzes

§ 12 Abs. 1 des Berufsbildungsgesetzes vom 14. August 1969 (BGBl. I S. 1112), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 20. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2256) geändert worden ist, wird wie folgt gefaßt:

„(1) Dem Auszubildenden ist die Vergütung auch zu zahlen

1. für die Zeit der Freistellung (§ 7),

2. bis zur Dauer von sechs Wochen, wenn er

- a) sich für die Berufsausbildung bereithält, diese aber ausfällt, oder
- b) aus einem sonstigen, in seiner Person liegenden Grund unverschuldet verhindert ist, seine Pflichten aus dem Berufsausbildungsverhältnis zu erfüllen.

Wenn der Auszubildende infolge einer unverschuldeten Krankheit, einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation, einer Sterilisation oder eines Abbruchs der Schwangerschaft durch einen Arzt an der Berufsausbildung nicht teilnehmen kann, findet das Entgeltfortzahlungsgesetz Anwendung.“

Artikel 56

Änderung

des Bürgerlichen Gesetzbuchs

In § 616 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 400-2, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. März 1994 (BGBl. I S. 560) geändert worden ist, werden vor Absatz 1 die Absatzbezeichnung „(1)“ gestrichen sowie die Absätze 2 und 3 aufgehoben.

Artikel 57

Änderung

des Bundesurlaubsgesetzes

Das Bundesurlaubsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 800-4, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 86 des Gesetzes vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378), wird wie folgt geändert:

1. Dem § 7 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

„Der Urlaub ist zu gewähren, wenn der Arbeitnehmer dies im Anschluß an eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation verlangt.“

2. § 10 wird wie folgt gefaßt:

„§ 10

Maßnahmen

der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation

Maßnahmen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden, soweit ein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts nach den gesetzlichen Vorschriften über die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall besteht.“

Artikel 58

Änderung der Gewerbeordnung

Die Gewerbeordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Januar 1987 (BGBl. I S. 425), zuletzt geändert durch Artikel 6 Abs. 66 des Gesetzes vom

27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378), wird wie folgt geändert:

1. § 133c wird aufgehoben.
2. In § 133e werden die Wörter „die in § 133c bezeichneten Personen“ durch die Wörter „von Gewerbeunternehmen beschäftigte technische Angestellte“ ersetzt.
3. In § 133f werden die Wörter „der in § 133c bezeichneten“ durch das Wort „technischen“ ersetzt.
4. In § 133g werden im Klammerzusatz die Zitierung „§ 133c“ und das Komma gestrichen.

Artikel 59

Änderung des Handelsgesetzbuchs

§ 63 des Handelsgesetzbuchs in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 4100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 18. März 1994 (BGBl. I S. 560) geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 60

Änderung des Lohnfortzahlungsgesetzes

Die §§ 1 bis 9 des Lohnfortzahlungsgesetzes vom 27. Juli 1969 (BGBl. I S. 946), das zuletzt gemäß Artikel 56 der Verordnung vom 26. Februar 1993 (BGBl. I S. 278) geändert worden ist, werden aufgehoben.

Artikel 61

Änderung des Seemannsgesetzes

Das Seemannsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 9513-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 7. Oktober 1993 (BGBl. I S. 1668), wird wie folgt geändert:

1. § 48 Abs. 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Das erkrankte oder verletzte Besatzungsmitglied hat Anspruch auf Weiterzahlung der Heuer mindestens bis zu dem Tage, an welchem es das Schiff verläßt. Im übrigen gelten die Vorschriften des Entgeltfortzahlungsgesetzes; solange das Besatzungsmitglied sich an Bord eines Schiffes auf See oder im Ausland aufhält, ist jedoch § 5 des Entgeltfortzahlungsgesetzes nur insoweit anzuwenden, als das Besatzungsmitglied zur Mitteilung seiner Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtlicher Dauer verpflichtet ist.“

2. § 52a wird wie folgt gefaßt:

„§ 52a

Dem erkrankten oder verletzten Besatzungsmitglied im Sinne der §§ 42 bis 52 steht ein Besatzungsmitglied gleich, das infolge einer nicht rechtswidrigen Sterilisation oder eines nicht rechtswidrigen Ab-

bruchs der Schwangerschaft an seiner Dienstleistung verhindert ist. Dasselbe gilt für einen Abbruch der Schwangerschaft, wenn die Schwangerschaft innerhalb von zwölf Wochen nach der Empfängnis durch einen Arzt abgebrochen wird, die schwangere Frau den Abbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nachgewiesen hat, daß sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff von einer anerkannten Beratungsstelle hat beraten lassen.“

3. § 78 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird die Zitierung „§§ 41 bis 47, 48 Abs. 2, 49 bis 60“ durch die Zitierung „§§ 41 bis 60“ ersetzt.
- b) Absatz 2 wird aufgehoben.
- c) Die Absätze 3 bis 6 werden die Absätze 2 bis 5.

Artikel 62

Aufhebung des Feiertagslohnzahlungsgesetzes

Das Gesetz zur Regelung der Lohnzahlung an Feiertagen in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 800-5, veröffentlichten bereinigten Fassung, geändert durch Artikel 20 des Gesetzes vom 18. Dezember 1975 (BGBl. I S. 3091), wird aufgehoben.

Artikel 63

Änderung des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche

In Artikel 230 Abs. 1 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 400-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 13 des Gesetzes vom 20. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2182), werden die Wörter „der § 616 Abs. 2 und 3 und“ gestrichen.

Artikel 64

Änderung des Binnenschiffahrtsgesetzes

In § 20 Abs. 1 des Binnenschiffahrtsgesetzes in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 4103-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch das Gesetz vom 26. April 1994 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist, werden die Wörter „in § 133c der Gewerbeordnung bezeichneten Personen“ durch die Wörter „technischen Angestellten im Sinne der Gewerbeordnung“ ersetzt.

Artikel 65

Änderung des Gesetzes betreffend die privatrechtlichen Verhältnisse der Flößerei

In § 16 des Gesetzes betreffend die privatrechtlichen Verhältnisse der Flößerei in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 4103-5, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 287 Nr. 19 des

Gesetzes vom 2. März 1974 (BGBl. I S. 469) geändert worden ist, werden die Wörter „in § 133c der Gewerbeordnung bezeichneten Personen“ durch die Wörter „technischen Angestellten im Sinne der Gewerbeordnung“ ersetzt.

Artikel 66

Unanwendbarkeit von Maßgaben

Die in Anlage I Kapitel VIII Sachgebiet A Abschnitt III Nr. 4 des Einigungsvertrages vom 31. August 1990 in Verbindung mit Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. II S. 885, 1021) aufgeführte Maßgabe ist nicht mehr anzuwenden.

Sechster Teil

Überleitungsvorschriften zu Artikel 5 Nr. 5 und zu den Artikeln 53 bis 66

Artikel 67

Überleitungsvorschriften

(1) Ist der Arbeitnehmer im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Artikels 5 Nr. 5 sowie der Artikel 53 bis 66 arbeitsunfähig oder befindet er sich zu diesem Zeitpunkt in einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation, bleiben die bisherigen Vorschriften maßgebend, soweit diese günstigere Regelungen enthalten. Entsprechendes gilt, wenn im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Artikels 5 Nr. 5 sowie der Artikel 53 bis 66 ein Verfahren vor den zuständigen Gerichten anhängig ist.

(2) Im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Artikels 5 Nr. 5 sowie der Artikel 53 bis 66 bestehende, von ihren Vorschriften abweichende Vereinbarungen bleiben unberührt, soweit sie nach Artikel 53 § 4 Abs. 4 und § 12 zulässig sind.

(3) Soweit in anderen Bestimmungen auf Vorschriften verwiesen wird oder Bezeichnungen verwendet werden, die durch dieses Gesetz aufgehoben oder geändert werden, treten an ihre Stelle die entsprechenden Vorschriften oder Bezeichnungen dieses Gesetzes.

Siebter Teil

Schlußvorschriften

Artikel 68

Inkrafttreten der häuslichen Pflege und sonstiger Vorschriften

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1995 in Kraft, soweit in den Absätzen 2 bis 4 und in Artikel 69 nichts Abweichendes bestimmt ist.

(2) Am 1. April 1995 treten folgende Regelungen zur häuslichen Pflege in Kraft:

Artikel 1 §§ 36 bis 42, 44 und 45, Artikel 2 Nr. 3 Buchstabe a und b, Artikel 4 Nr. 1, 2, 3 bis 6, 9 und 11 Buchstabe c, Artikel 5 Nr. 2 bis 4, 6, 11 bis 15, 17 bis 20 und 22, Artikel 7, 9 Nr. 1 bis 13 und 15, Artikel 13, 18, 25, 45 und 51.

(3) Am 1. Juli 1996 treten vorbehaltlich des Artikels 69 die Regelungen des Artikels 1 § 43 über die vollstationäre Pflege und des Artikels 19 Nr. 6 Buchstabe b in Kraft.

(4) Am 1. Juni 1994 treten in Kraft:

Artikel 1 § 46 Abs. 1, 2, 5 und 6, §§ 47, 52, 53, 93 bis 108, Artikel 5 Nr. 5 und Artikel 43, 46, 52 bis 67.

Artikel 69

Inkrafttreten der stationären Pflege

(1) Die Bundesregierung wird durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Artikel 1 § 43 zum 1. Juli 1996 in Kraft setzen. Sie holt zuvor bei dem Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ein Gutachten zu der Frage ein, ob zum Ausgleich der mit der Einführung der stationären Pflege verbundenen Beitragsmehrbelastung der Arbeitgeber die Abschaffung eines weiteren landesweiten, stets auf einen Werktag fallenden Feiertages erforderlich ist oder nicht; der Auftrag des Sachverständigenrates wird insoweit erweitert. Auf der Grundlage des Gutachtens stellt die Bundesregierung in der Rechtsverordnung fest, ob der Ausgleichsbedarf besteht.

(2) Wird in der Rechtsverordnung festgestellt, daß der Ausgleichsbedarf nicht besteht, tragen Arbeitnehmer und Arbeitgeber den zusätzlichen Beitrag von 0,7 vom Hundert (Artikel 1 § 58 Abs. 1) je zur Hälfte.

(3) Wird in der Rechtsverordnung festgestellt, daß der Ausgleichsbedarf besteht, tragen in den Ländern, in denen ein weiterer landesweiter, stets auf einen Werktag fallender Feiertag abgeschafft worden ist, Arbeitnehmer und Arbeitgeber den Beitrag je zur Hälfte (Artikel 1 § 58 Abs. 1). In den anderen Ländern trägt der Arbeitnehmer den zusätzlichen Beitrag von 0,7 vom Hundert allein (Artikel 1 § 58 Abs. 4).

(4) Der Deutsche Bundestag und der Bundesrat prüfen im Laufe des Jahres 1995, ob und gegebenenfalls welche gesetzgeberischen Konsequenzen aus eventuellen unterschiedlichen Regelungen in den Ländern zu ziehen sind. Entsprechendes gilt, wenn das Gutachten des Sachverständigenrates nach Absatz 1 ergibt, daß zum weiteren Ausgleich der Beitragsbelastung bei Einführung der Leistungen zur stationären Pflege die Abschaffung eines weiteren Feiertages nicht geeignet ist. Dies gilt auch für die Frage der Selbstverwaltung bei nicht hälftiger Beitragszahlung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit ausgefertigt und wird im Bundesgesetzblatt verkündet.

Berlin, den 26. Mai 1994

**Der Bundespräsident
Weizsäcker**

**Der Bundeskanzler
Dr. Helmut Kohl**

**Der Bundesminister
für Arbeit und Sozialordnung
Norbert Blüm**

**Der Bundesminister der Finanzen
Theo Waigel**

**Der Bundesminister für Gesundheit
Horst Seehofer**

**Die Bundesministerin
für Familie und Senioren
Hannelore Rönsch**

Anlage 1
(zu Artikel 36)

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

(Name und Anschrift der Krankenkasse)

Zeitraum

von: Tag*) Monat Jahr

bis: Tag*) Monat Jahr

Kennzeichen eintragen: D, K

D = Dauer-Beitragsnachweis
 K = Korrektur-Beitragsnachweis für abgelaufene Kalenderjahre

*) Tag nur angeben, wenn Lohnabrechnungszeitraum vom Kalendermonat abweicht.

Beitragsnachweis

	Beitragsgruppe		Gesamtbeitrag	
	alphan.	numer.	DM	Pf
Beiträge zur Krankenversicherung – allgemeiner Beitrag –	G	100		
Beiträge zur Krankenversicherung – erhöhter Beitrag –	H	200		
Beiträge zur Krankenversicherung – ermäßigter Beitrag –	F	300		
Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung	P	006		
Beiträge zur Rentenversicherung der Arbeiter	K	010		
Beiträge zur Rentenversicherung der Angestellten	L	020		
Beiträge zur Bundesanstalt für Arbeit	M	001		
Beiträge zur Rentenversicherung der Arbeiter – Arbeitgeberanteil –	1/2 K	030		
Beiträge zur Rentenversicherung der Angestellten – Arbeitgeberanteil –	1/2 L	040		
Beiträge zur Bundesanstalt für Arbeit – Arbeitgeberanteil –	1/2 M	002		
Umlage nach dem Lohnfortzahlungsgesetz – für Krankheitsaufwendungen – (LFZG)	U1	000		
Umlage nach dem Lohnfortzahlungsgesetz – für Mutterschaftsaufwendungen – (LFZG)	U2	009		
Gesamtsumme				

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

Beiträge zur Krankenversicherung – freiwillige Mitglieder*)		
– Erstattung gemäß § 10 LFZG		
zu zahlender Betrag/Guthaben		

Datum, Unterschrift

*) freiwillige Angabe des Arbeitgebers

Anlage 2
(zu Artikel 36)

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

(Name und Anschrift
der Krankenkasse)

Zeitraum

von: Tag*) Monat Jahr

bis: Tag*) Monat Jahr

Kennzeichen eintragen: K

K = Korrektur-Beitragsnachweis
für abgelaufene Kalenderjahre

*) Tag nur angeben, wenn Lohnabrechnungs-
zeitraum vom Kalendermonat abweicht.

Besonderer Beitragsnachweis

für Beiträge aus bzw. für Kurzarbeitergeld (KUG) oder Schlechtwettergeld (SWG)

Beiträge zur	Beitragsgruppe		KUG/SWG		Ausfallentgelt		Beitrag	
	alphan.	numer.	DM	Pf	DM	Pf	DM	Pf
Krankenversicherung – allgemeiner Beitrag –	G	100	X	X				
Krankenversicherung – erhöhter Beitrag –	H	200						
Krankenversicherung – ermäßigter Beitrag –	F	300						
soziale Pflegeversicherung	P	006						
Rentenversicherung der Arbeiter	K	010						
Rentenversicherung der Angestellten	L	020						
Rentenversicherung der Arbeiter – Arbeitgeberanteil –	1/2 K	030						
Rentenversicherung der Angestellten – Arbeitgeberanteil –	1/2 L	040						
Gesamtsumme								

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

**Zusätzliche Angabe für nicht rv-beitragspflichtige
Beschäftigte, die beitragspflichtig zur BA sind:**

Ausfallentgelt	DM	Pf

Datum, Unterschrift _____

**Zweite Verordnung
zur Änderung der Verordnung über die Zuschläge zu dem Bedarf
nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz bei einer Ausbildung im Ausland
(2. BAföG-ZuschlagsVÄndV)**

Vom 16. Mai 1994

Auf Grund des § 13 Abs. 4 des Bundesausbildungsförderungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. Juni 1983 (BGBl. I S. 645), der zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 1992 (BGBl. I S. 1062) geändert worden ist, verordnet die Bundesregierung:

Artikel 1

Die Verordnung über die Zuschläge zu dem Bedarf nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz bei einer Ausbildung im Ausland vom 25. Juni 1986 (BGBl. I S. 935), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 20. Juli 1992 (BGBl. I S. 1358), wird wie folgt geändert:

1. Die Überschrift der Verordnung wird wie folgt gefaßt:

„Verordnung
über die Zuschläge zu dem Bedarf
nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz
bei einer Ausbildung im Ausland
(BAföG-AuslandszuschlagsV)“.

2. § 2 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Auslandszuschläge betragen monatlich bei einer Ausbildung

– in Europa für

Belgien	100 DM,
Bosnien-Herzegowina	120 DM,
Bulgarien	250 DM,
Dänemark	160 DM,
Estland	320 DM,
Finnland	120 DM,
Frankreich	
mit Ausnahme von Paris	120 DM,
Paris	160 DM,
Griechenland	120 DM,
Großbritannien	100 DM,
Irland	100 DM,
Island	300 DM,
Italien	100 DM,
„Bundesrepublik Jugoslawien“ (Serbien, Montenegro)	120 DM,
Kroatien	120 DM,
Lettland	320 DM,
Litauen	320 DM,
Luxemburg	100 DM,
Malta	100 DM,
Ehemalige jugoslawische Republik Makedonien	120 DM,
Moldau, Republik	320 DM,
Niederlande	100 DM,
Norwegen	240 DM,
Österreich	160 DM,
Polen	120 DM,
Portugal	120 DM,
Rumänien	130 DM,
Russische Föderation	320 DM,

Schweden	160 DM,
Schweiz	290 DM,
Slowakei	100 DM,
Slowenien	120 DM,
Spanien	120 DM,
Tschechische Republik	100 DM,
Ungarn	120 DM,
Ukraine	320 DM,
Weißrußland	320 DM,

– in Afrika für

Ägypten	180 DM,
Äthiopien	270 DM,
Botsuana	270 DM,
Burkina Faso	570 DM,
Gambia	420 DM,
Ghana	180 DM,
Kamerun	610 DM,
Kenia	120 DM,
Lesotho	180 DM,
Madagaskar	180 DM,
Marokko	120 DM,
Namibia	120 DM,
Nigeria	200 DM,
Ruanda	380 DM,
Sambia	270 DM,
Senegal	420 DM,
Sierra Leone	180 DM,
Sudan	180 DM,
Südafrika	120 DM,
Tansania	180 DM,
Tschad	810 DM,
Tunesien	120 DM,
Uganda	220 DM,
Zaire	860 DM,

– in Amerika für

Argentinien	570 DM,
Bolivien	180 DM,
Brasilien	230 DM,
Chile	120 DM,
Costa Rica	180 DM,
Ecuador	180 DM,
El Salvador	220 DM,
Guatemala	180 DM,
Haiti	270 DM,
Jamaika	180 DM,
Kanada	120 DM,
Kolumbien	180 DM,
Kuba	370 DM,
Mexico	270 DM,
Nicaragua	370 DM,
Paraguay	180 DM,
Peru	610 DM,
Trinidad und Tobago	180 DM,
Uruguay	340 DM,
Venezuela	180 DM,

Vereinigte Staaten von Amerika mit Ausnahme der Städte New York, Los Angeles, Seattle und San Francisco	170 DM,	Syrien	810 DM,
Städte New York, Los Angeles, Seattle und San Francisco	240 DM,	Tadschikistan	320 DM,
		Taiwan	520 DM,
		Thailand	180 DM,
		Türkei	160 DM,
		Turkmenistan	320 DM,
		Usbekistan	320 DM,
– in Asien für			
Armenien	320 DM,	– in Australien/Ozeanien für	
Aserbaidshjan	320 DM,	Australien	120 DM,
China	220 DM,	Neuseeland	120 DM.“
Georgien	320 DM,	b) In Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „Bundesminister“ durch das Wort „Bundesministerium“ ersetzt.	
Hongkong	420 DM,	3. In § 6 Satz 2 werden die Wörter „, die zuletzt durch Anlage I Kapitel XVI Sachgebiet B Abschnitt II Nr. 4 des Einigungsvertrages vom 31. August 1990 in Verbindung mit Artikel 1 des Gesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. 1990 II S. 885, 1134) geändert worden ist,“ durch die Wörter „, die zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 19. Juni 1992 (BGBl. I S. 1062) geändert worden ist,“ ersetzt.	
Indien	180 DM,		
Indonesien	180 DM,		
Israel	160 DM,		
Japan	990 DM,		
Jemen	370 DM,		
Jordanien	270 DM,		
Libanon	470 DM,		
Kasachstan	320 DM,		
Kirgisistan	320 DM,		
Korea, Demokratische Volksrepublik	180 DM,		
Korea, Republik	420 DM,		
Nepal	180 DM,		
Pakistan	180 DM,		
Papua-Neuguinea	320 DM,		
Philippinen	230 DM,		
Singapur	270 DM,		
Sri Lanka	220 DM,		

Artikel 2

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Juli 1994 mit der Maßgabe in Kraft, daß sie für alle Bewilligungszeiträume anzuwenden ist, die nach dem 30. Juni 1994 beginnen.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Bonn, den 16. Mai 1994

Der Bundeskanzler
Dr. Helmut Kohl

Der Bundesminister
für Bildung und Wissenschaft
K. H. Laermann

Herausgeber: Bundesministerium der Justiz – Verlag: Bundesanzeiger Verlagsges.m.b.H. – Druck: Bundesdruckerei Zweigbetrieb Bonn.

Bundesgesetzblatt Teil I enthält Gesetze sowie Verordnungen und sonstige Bekanntmachungen von wesentlicher Bedeutung, soweit sie nicht im Bundesgesetzblatt Teil II zu veröffentlichen sind.

Bundesgesetzblatt Teil II enthält

- a) völkerrechtliche Übereinkünfte und die zu ihrer Inkraftsetzung oder Durchsetzung erlassenen Rechtsvorschriften sowie damit zusammenhängende Bekanntmachungen,
- b) Zolltarifvorschriften.

Laufender Bezug nur im Verlagsabonnement. Postanschrift für Abonnementbestellungen sowie Bestellungen bereits erschienener Ausgaben:

Bundesanzeiger Verlagsges.m.b.H., Postfach 13 20, 53003 Bonn
Telefon: (0228) 38208-0, Telefax: (0228) 38208-36

Bezugspreis für Teil I und Teil II halbjährlich je 97,80 DM. Einzelstücke je angefangene 16 Seiten 3,10 DM zuzüglich Versandkosten. Dieser Preis gilt auch für Bundesgesetzblätter, die vor dem 1. Januar 1993 ausgegeben worden sind. Lieferung gegen Voreinsendung des Betrages auf das Postgirokonto Bundesgesetzblatt Köln 3 99-509, BLZ 370 100 50, oder gegen Vorausrechnung.

Preis dieser Ausgabe: 14,40 DM (12,40 DM zuzüglich 2,00 DM Versandkosten), bei Lieferung gegen Vorausrechnung 15,40 DM.

Im Bezugspreis ist die Mehrwertsteuer enthalten; der angewandte Steuersatz beträgt 7%.

Bundesanzeiger Verlagsges.m.b.H. · Postfach 13 20 · 53003 Bonn

Postvertriebsstück · Z 5702 A · Entgelt bezahlt

**Erste Verordnung
zur Änderung der Verordnung
über die kraftfahrzeugsteuerliche Behandlung
von schweizerischen Straßenfahrzeugen
im grenzüberschreitenden Verkehr**

Vom 18. Mai 1994

Auf Grund des § 15 Abs. 1 Nr. 7 des Kraftfahrzeugsteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Februar 1979 (BGBl. I S. 132) verordnet die Bundesregierung:

Artikel 1

Die Verordnung über die kraftfahrzeugsteuerliche Behandlung von schweizerischen Straßenfahrzeugen im grenzüberschreitenden Verkehr vom 27. März 1985 (BGBl. I S. 615) wird wie folgt geändert:

1. Die §§ 2 und 3 werden aufgehoben.
2. § 4 wird gestrichen.

Artikel 2

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1994 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Bonn, den 18. Mai 1994

Der Bundeskanzler
Dr. Helmut Kohl

Der Bundesminister der Finanzen
Theo Waigel

Der Bundesminister für Verkehr
Matthias Wissmann