

juris-Abkürzung:	SGB 11	Quelle:	
Ausfertigungsdatum:	26.05.1994	Fundstelle:	BGBl I 1994, 1014, 1015
Gültig ab:	01.06.1994	FNA:	FNA 860-11, GESTA G47
Dokumenttyp:	Gesetz		

Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014)

Gesamtausgabe in der Gültigkeit vom 16.08.2019 bis 31.12.2019

Stand: Zuletzt geändert durch Art. 10c G v. 9.8.2019 I 1202

Fußnoten

(+++ Textnachweis ab: 1.6.1994 +++)

Die Regelungen über den Zugang zur gesetzlichen Pflegeversicherung sind nach Maßgabe der Entscheidungsformel mit dem GG unvereinbar; vgl. BVerfGE v. 3.4.2001 I 774 - 1 BvR 81/98 -

Das G wurde vom Bundestag mit Zustimmung des Bundesrates beschlossen. Es ist gem. Art. 68 Abs. 1 G v. 26.5.1994 I 1014 (PflegeVG) am 1.1.1995 in Kraft getreten, soweit in den Absätzen 2 bis 4 und in Art. 69 nichts Abweichendes bestimmt ist.

Inhaltsübersicht

Erstes Kapitel

Allgemeine Vorschriften

- § 1 Soziale Pflegeversicherung
- § 2 Selbstbestimmung
- § 3 Vorrang der häuslichen Pflege
- § 4 Art und Umfang der Leistungen
- § 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation
- § 6 Eigenverantwortung
- § 7 Aufklärung, Auskunft
- § 7a Pflegeberatung
- § 7b Beratungsgutscheine
- § 7c Pflegestützpunkte, Verordnungsermächtigung
- § 8 Gemeinsame Verantwortung
- § 8a Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung
- § 9 Aufgaben der Länder
- § 10 Berichtspflichten des Bundes und der Länder
- § 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 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument
- § 16 Verordnungsermächtigung
- § 17 Richtlinien der Pflegekassen
- § 17a (weggefallen)
- § 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
- § 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten
- § 18b Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren
- § 18c Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens 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
- § 26a Beitrittsrecht
- § 27 Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages

Viertes Kapitel

Leistungen der Pflegeversicherung

Erster Abschnitt

Übersicht über die Leistungen

- § 28 Leistungsarten, Grundsätze
- § 28a Leistungen bei Pflegegrad 1

Zweiter Abschnitt

Gemeinsame Vorschriften

- § 29 Wirtschaftlichkeitsgebot
- § 30 Dynamisierung, Verordnungsermächtigung
- § 31 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege
- § 32 Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- § 33 Leistungsvoraussetzungen

- § 33a Leistungsausschluss
- § 34 Ruhen der Leistungsansprüche
- § 35 Erlöschen der Leistungsansprüche
- § 35a Teilnahme an einem Persönlichen Budget nach § 29 des Neunten Buches

Dritter Abschnitt

Leistungen

Erster Titel

Leistungen bei häuslicher Pflege

- § 36 Pflegesachleistung
- § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen
- § 38 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)
- § 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen
- § 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
- § 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Zweiter Titel

Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

- § 41 Tagespflege und Nachtpflege
- § 42 Kurzzeitpflege

Dritter Titel

Vollstationäre Pflege

- § 43 Inhalt der Leistung

Vierter Titel

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

- § 43a Inhalt der Leistungen

Fünfter Titel

Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

- § 43b Inhalt der Leistung

Vierter Abschnitt

Leistungen für Pflegepersonen

- § 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
- § 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung
- § 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Fünfter Abschnitt

Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag, Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts sowie der Selbsthilfe

- § 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung
- § 45b Entlastungsbetrag
- § 45c Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung
- § 45d Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung

Sechster Abschnitt

Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen

- § 45e Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen
- § 45f Weiterentwicklung neuer Wohnformen

Fünftes Kapitel

Organisation

Erster Abschnitt

Träger der Pflegeversicherung

- § 46 Pflegekassen
- § 47 Satzung
- § 47a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Zweiter Abschnitt

Zuständigkeit, Mitgliedschaft

- § 48 Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse und sonstige Versicherte
- § 49 Mitgliedschaft

Dritter Abschnitt

Meldungen

- § 50 Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung
- § 51 Meldungen bei Mitgliedern der privaten Pflegeversicherung

Vierter Abschnitt

Wahrnehmung der Verbandsaufgaben

- § 52 Aufgaben auf Landesebene
- § 53 Aufgaben auf Bundesebene
- § 53a Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste
- § 53b Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
- § 53c Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte

Sechstes Kapitel
Finanzierung

Erster Abschnitt
Beiträge

- § 54 Grundsatz
- § 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze
- § 56 Beitragsfreiheit
- § 57 Beitragspflichtige Einnahmen
- § 58 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten
- § 59 Beitragstragung bei anderen Mitgliedern
- § 60 Beitragszahlung

Zweiter Abschnitt
Beitragszuschüsse

- § 61 Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Privatversicherte

Dritter Abschnitt
Verwendung und Verwaltung der Mittel

- § 62 Mittel der Pflegekasse
- § 63 Betriebsmittel
- § 64 Rücklage

Vierter Abschnitt
Ausgleichsfonds, Finanzausgleich

- § 65 Ausgleichsfonds
- § 66 Finanzausgleich
- § 67 Monatlicher Ausgleich
- § 68 Jahresausgleich

Siebttes Kapitel
Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern

Erster Abschnitt
Allgemeine Grundsätze

- § 69 Sicherstellungsauftrag
- § 70 Beitragssatzstabilität

Zweiter Abschnitt
Beziehungen zu den Pflegeeinrichtungen

- § 71 Pflegeeinrichtungen
- § 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag
- § 73 Abschluß von Versorgungsverträgen
- § 74 Kündigung von Versorgungsverträgen
- § 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung
- § 76 Schiedsstelle

Dritter Abschnitt

Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern

- § 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen
- § 78 Verträge über Pflegehilfsmittel

Vierter Abschnitt

Wirtschaftlichkeitsprüfungen

- § 79 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen
- § 80 (weggefallen)
- § 80a (weggefallen)
- § 81 Verfahrensregelungen

Achtes Kapitel

Pflegevergütung

Erster Abschnitt

Allgemeine Vorschriften

- § 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen
- § 82a Ausbildungsvergütung
- § 82b Ehrenamtliche Unterstützung
- § 83 Verordnung zur Regelung der Pflegevergütung

Zweiter Abschnitt

Vergütung der stationären Pflegeleistungen

- § 84 Bemessungsgrundsätze
- § 85 Pflegesatzverfahren
- § 86 Pflegesatzkommission
- § 87 Unterkunft und Verpflegung
- § 87a Berechnung und Zahlung des Heimentgelts
- § 87b (weggefallen)
- § 88 Zusatzleistungen

Dritter Abschnitt

Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen

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

Vierter Abschnitt

Kostenerstattung, Pflegeheimvergleich

- § 91 Kostenerstattung
- § 92 (weggefallen)
- § 92a Pflegeheimvergleich

Fünfter Abschnitt

Integrierte Versorgung

- § 92b Integrierte Versorgung

Sechster Abschnitt

Übergangsregelung für die stationäre Pflege

- § 92c Neuverhandlung der Pflegesätze
- § 92d Alternative Überleitung der Pflegesätze
- § 92e Verfahren für die Umrechnung
- § 92f Pflichten der Beteiligten

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
- § 97a Qualitätssicherung durch Sachverständige
- § 97b Personenbezogene Daten bei den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Sozialhilfe
- § 97c Qualitätssicherung durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.
- § 97d Begutachtung durch unabhängige Gutachter
- § 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
- § 106a Mitteilungspflichten

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

Elftes Kapitel

Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen

- § 112 Qualitätsverantwortung
- § 112a Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten
- § 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität
- § 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege
- § 113b Qualitätsausschuss
- § 113c Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen
- § 114 Qualitätsprüfungen
- § 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen
- § 114b Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen
- § 114c Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht
- § 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung
- § 115a Übergangsregelung für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs-Richtlinien
- § 116 Kostenregelungen

- § 117 Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden
- § 118 Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung
- § 119 Verträge mit Pflegeheimen außerhalb des Anwendungsbereichs des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes
- § 120 Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

Zwölftes Kapitel
Bußgeldvorschrift

- § 121 Bußgeldvorschrift
- § 122 (weggefallen)

Dreizehntes Kapitel
Befristete Modellvorhaben

- § 123 Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, Verordnungsermächtigung
- § 124 Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat
- § 125 (weggefallen)

Vierzehntes Kapitel
Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge

- § 126 Zulageberechtigte
- § 127 Pflegevorsorgezulage; Fördervoraussetzungen
- § 128 Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens
- § 129 Wartezeit bei förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen
- § 130 Verordnungsermächtigung

Fünfzehntes Kapitel
Bildung eines Pflegevorsorgefonds

- § 131 Pflegevorsorgefonds
- § 132 Zweck des Vorsorgefonds
- § 133 Rechtsform und Vertretung in gerichtlichen Verfahren
- § 134 Verwaltung und Anlage der Mittel
- § 135 Zuführung der Mittel
- § 136 Verwendung des Sondervermögens
- § 137 Vermögenstrennung
- § 138 Jahresrechnung
- § 139 Auflösung

Sechzehntes Kapitel
Überleitungs- und Übergangsrecht

Erster Abschnitt

Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung sowie Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

- § 140 Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade
- § 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen
- § 142 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren
- § 143 Sonderanpassungsrecht für die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die technischen Berechnungsgrundlagen privater Pflegeversicherungsverträge

Zweiter Abschnitt

Sonstige Überleitungs-, Übergangs- und Besitzstandsschutzregelungen

- § 144 Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung
- § 145 Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen in häuslicher Pflege
- § 146 Übergangs- und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3

Anlage 1 (zu § 15) Einzelpunkte der Module 1 bis 6; Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Anlage 2 (zu § 15) Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Fußnoten

Inhaltsübersicht: IdF d. Art. 1 Nr. 1 Buchst. a u. b G v. 14.6.1996 | 830 mWv 25.6.1996, fortgeschrieben entsprechend Art. 1 G v. 29.5.1998 | 1188 mWv 1.1.1998, idF d. Art. 10 Nr. 1 nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 | 1046 mWv 1.7.2001, d. Art. 1 Nr. 1 G v. 9.9.2001 | 2320 mWv 1.1.2002, d. Art. 1 Nr. 1 G v. 14.12.2001 | 3728 mWv 1.1.2002, d. Art. 7 Nr. 1 G v. 14.11.2003 | 2190 mWv 1.1.2004, d. Art. 10 Nr. 1 G v. 27.12.2003 | 3022 mWv 1.7.2004, d. Art. 8 Nr. 1 G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.4.2007, d. Art. 1 Nr. 1 G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008, d. Art. 2 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. a bis c G v. 29.7.2009 | 2319 mWv 1.10.2009, d. Art. 6 Nr. 0 G v. 28.7.2011 | 1622 mWv 4.8.2011, d. Art. 1 Nr. 1 Buchst. a bis g G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012, d. Art. 1 Nr. 1 Buchst. h u. i G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 1.1.2013, d. Art. 1 Nr. 1 Buchst. a bis g G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015, d. Art. 8 Nr. 1 G v. 23.12.2014 | 2462 mWv 1.1.2015, d. Art. 6 Nr. 0 G v. 17.7.2015 | 1368 mWv 25.7.2015, d. Art. 1 Nr. 1 Buchst. a bis l G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016, d. Art. 2 Nr. 1 Buchst. a bis p G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017, d. Art. 1 Nr. 1 Buchst. a bis c, e bis k G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017, d. Art. 10 Nr. 1 G v. 23.12.2016 | 3234 mWv 1.1.2018, d. Art. 9 Nr. 0 G v. 18.7.2017 | 2757 mWv 29.7.2017, d. Art. 11 Nr. 1 Buchst. a G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 15.12.2018, d. Art. 11 Nr. 1 Buchst. b u. c G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019 u. d. Art. 10 Nr. 1 Buchst. a u. b G v. 6.5.2019 | 646 mWv 11.5.2019

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) ¹In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. ²Wer 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) In der Pflegeversicherung sollen geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen berücksichtigt und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege nach Möglichkeit Rechnung getragen werden.

(6) ¹Die Ausgaben der Pflegeversicherung werden durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber finanziert. ²Die Beiträge richten sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. ³Für versicherte Familienangehörige und eingetragene Lebenspartner (Lebenspartner) werden Beiträge nicht erhoben.

(7) Ein Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft gilt im Sinne dieses Buches als Familienangehöriger des anderen Lebenspartners, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist.

Fußnoten

§ 1 Abs. 5 (früher Abs. 4a): Eingef. durch Art. 1 Nr. 1a G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008; früherer Abs. 5 aufgeh., früherer Abs. 4a jetzt Abs. 5 gem. Art. 1 Nr. 2 Buchst. a u. b G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 1 Abs. 6 Satz 3: IdF d. Art. 3 § 56 Nr. 1 G v. 16.2.2001 I 266 mWv 1.8.2001

§ 1 Abs. 7: Eingef. durch Art. 11 Nr. 2 G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019

§ 2 Selbstbestimmung

(1) ¹Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. ²Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten.

(2) ¹Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen. ²Ihren Wünschen zur Gestaltung der Hilfe soll, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden. ³Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege haben nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden.

(3) ¹Auf die religiösen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen ist Rücksicht zu nehmen. ²Auf 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.

Fußnoten

§ 2 Abs. 1 Satz 2: IdF d. Art. 2 Nr. 2 G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

§ 2 Abs. 2 Satz 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 2 G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 3 Vorrang der häuslichen Pflege

¹Die 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. ²Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.

§ 4 Art und Umfang der Leistungen

(1) ¹Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sowie Kostenerstattung, soweit es dieses Buch vorsieht. ²Art und Umfang der Leistungen richten sich nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird.

(2) ¹Bei häuslicher und teilstationärer Pflege ergänzen die Leistungen der Pflegeversicherung die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung. ²Bei teil- und vollstationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen von Aufwendungen entlastet, die für ihre Versorgung nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind (pflegebedingte Aufwendungen), die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst.

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

Fußnoten

§ 4 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 2 Nr. 3 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 4 Abs. 2 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 2 G v. 14.6.1996 | 830 mWv 25.6.1996

§ 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation

(1) ¹Die Pflegekassen sollen Leistungen zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte erbringen, indem sie unter Beteiligung der versicherten Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtung Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickeln sowie deren Umsetzung unterstützen. ²Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11 Absatz 1 bleiben unberührt. ³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen die Kriterien für die Leistungen nach Satz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Inhalt, Methodik, Qualität, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele.

(2) ¹Die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen insgesamt im Jahr 2016 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,30 Euro umfassen. ²Die Ausgaben sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. ³Sind in einem Jahr die Ausgaben rundungsbedingt nicht anzupassen, ist die unterbliebene Anpassung bei der Berechnung der Anpassung der Ausgaben im Folgejahr zu berücksichtigen.

(3) ¹Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen. ²Erreicht eine Pflegekasse den in Absatz 2 festgelegten Betrag in einem Jahr nicht, stellt sie die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung, der die Mittel nach einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Pflegekassen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 verteilt, die Kooperationsvereinbarungen zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben. ³Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen nach Satz 2 gebildeten Arbeitsgemeinschaften findet § 94 Absatz 1a Satz 2 und 3 des Zehnten Buches keine Anwendung.

(4) Die Pflegekassen wirken unbeschadet ihrer Aufgaben nach Absatz 1 bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen zur Prävention, zur Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(5) Die Pflegekassen beteiligen sich an der nationalen Präventionsstrategie nach den §§ 20d bis 20f des Fünften Buches mit den Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2.

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

Fußnoten

§ 5: IdF d. Art. 6 Nr. 1 G v. 17.7.2015 | 1368 mWv 25.7.2015

§ 6 Eigenverantwortung

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

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

Fußnoten

§ 6 Abs. 1: IdF d. Art. 10 Nr. 3 Buchst. a nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 I 1046 mWv 1.7.2001
§ 6 Abs. 2: IdF d. Art. 10 Nr. 3 Buchst. b nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 I 1046 mWv 1.7.2001

§ 7 Aufklärung, Auskunft

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

(2) ¹Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, in für sie verständlicher Weise zu informieren und darüber aufzuklären, dass ein Anspruch besteht auf die Übermittlung

1. des Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie
2. der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18a Absatz 1.

²Mit 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. ³Die zuständige Pflegekasse informiert die Versicherten unverzüglich nach Eingang eines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch insbesondere über ihren Anspruch auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a, den nächstgelegenen Pflegestützpunkt nach § 7c sowie die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Absatz 3. ⁴Ebenso gibt die zuständige Pflegekasse Auskunft über die in ihren Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b Absatz 2 getroffenen Festlegungen, insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen und der für die Versicherten entstehenden Kosten, und veröffentlicht diese Angaben auf einer eigenen Internetseite.

(3) ¹Zur Unterstützung der pflegebedürftigen Person bei der Ausübung ihres Wahlrechts nach § 2 Absatz 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse der antragstellenden Person auf Anforderung unverzüglich und in geeigneter Form eine Leistungs- und Preisvergleichsliste zu übermitteln; die Leistungs- und Preisvergleichsliste muss für den Einzugsbereich der antragstellenden Person, in dem die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll, die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a sowie Angaben zur Person des zugelassenen oder anerkannten Leistungserbringers enthalten. ²Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Satz 1, aktualisieren diese einmal im Quartal und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite. ³Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel sowie die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote sowie zu den Kosten in einer Form zu enthalten, die einen regionalen Vergleich von Angeboten und Kosten und der regionalen Verfügbarkeit ermöglicht. ⁴Auf der Internetseite nach Satz 2 sind auch die nach § 115 Absatz 1a veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und die nach § 115 Absatz 1b veröffentlichten Informationen zu berücksichtigen. ⁵Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Buch

und zur Veröffentlichung nach Absatz 2 Satz 4 und 5 vom Landesverband der Pflegekassen durch elektronische Datenübertragung zur Verfügung zu stellen.⁶Die Landesverbände der Pflegekassen erarbeiten Nutzungsbedingungen für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung der Angaben nach Satz 1 durch Dritte; die Übermittlung der Angaben erfolgt gegen Verwaltungskostenersatz, es sei denn, es handelt sich bei den Dritten um öffentlich-rechtliche Stellen.

(4)¹Im Einvernehmen mit den zuständigen obersten Landesbehörden vereinbaren die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam mit den nach Landesrecht zuständigen Stellen für die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag nach den Vorschriften dieses Buches das Nähere zur Übermittlung von Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung insbesondere zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote, Kosten und regionaler Verfügbarkeit dieser Angebote einschließlich der Finanzierung des Verfahrens für die Übermittlung.²Träger weiterer Angebote, in denen Leistungen zur medizinischen Versorgung und Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Leben in der Gemeinschaft, zur schulischen Ausbildung oder Erziehung kranker oder behinderter Kinder, zur Alltagsunterstützung und zum Wohnen im Vordergrund stehen, können an Vereinbarungen nach Satz 1 beteiligt werden, falls sie insbesondere die Angaben nach Satz 1 im Wege der von den Parteien nach Satz 1 vorgesehenen Form der elektronischen Datenübertragung unentgeltlich bereitstellen.³Dazu gehören auch Angebote der Träger von Leistungen der Eingliederungshilfe, soweit diese in der vorgesehenen Form der elektronischen Datenübermittlung kostenfrei bereitgestellt werden.⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen für einen bundesweit einheitlichen technischen Standard zur elektronischen Datenübermittlung ab.⁵Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung der Länder.

Fußnoten

§ 7 Überschrift: IdF d. Art. 1 Nr. 3 Buchst. a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 7 Abs. 1: IdF d. Art. 1 Nr. 3 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 7 Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 2 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 7 Abs. 2 Satz 1 Eingangssatz: IdF d. Art. 1 Nr. 3 Buchst. c DBuchst. aa aaa G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 7 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2: IdF d. Art. 1 Nr. 3 Buchst. c DBuchst. aa bbb G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 7 Abs. 2 Satz 3 u. 4 (früher Satz 4 u. 5): Eingef. durch Art. 1 Nr. 3 Buchst. c DBuchst. cc G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016; früherer Satz 3 aufgeh., früherer Satz 4 u. 5 jetzt Satz 3 u. 4 gem. Art. 1 Nr. 1a Buchst. a G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 7 Abs. 3: IdF d. Art. 1 Nr. 3 Buchst. d G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 7 Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 1a Buchst. b DBuchst. aa G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 7 Abs. 3 Satz 6: Eingef. durch Art. 1 Nr. 1a Buchst. b DBuchst. bb G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 7 Abs. 4: IdF d. Art. 1 Nr. 3 Buchst. e G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 7 Abs. 4 Satz 1: IdF d. Art. 2 Nr. 4 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 7a Pflegeberatung

(1)¹Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung); Anspruchsberechtigten soll durch die Pflegekassen vor der erstmaligen Beratung unverzüglich ein zuständiger Pflegeberater, eine zuständige Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle benannt werden.²Für das Verfahren, die Durchführung und die Inhalte der Pflegeberatung sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a maßgeblich.³Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie, wenn die nach Satz 1 anspruchsberechtigte Person zustimmt, die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 systematisch zu erfassen und zu analysieren,

2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen,
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren sowie
6. über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.

⁴Der Versorgungsplan wird nach Maßgabe der Richtlinien nach § 17 Absatz 1a erstellt und umgesetzt; er beinhaltet insbesondere Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen nach Satz 3 Nummer 3, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen. ⁵Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. ⁶Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen. ⁷Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen, insbesondere den Ansprechstellen der Rehabilitationsträger nach § 12 Absatz 1 Satz 3 des Neunten Buches, ist sicherzustellen. ⁸Ihnen obliegende Aufgaben der Pflegeberatung können die Pflegekassen ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt. ⁹Ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht auch dann, wenn ein Antrag auf Leistungen nach diesem Buch gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. ¹⁰Es ist sicherzustellen, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 7c Pflegeberatung im Sinne dieser Vorschrift in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist.

(2) ¹Auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. ²Sie erfolgt auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der diese Person lebt. ³Ein Versicherter kann einen Leistungsantrag nach diesem oder dem Fünften Buch auch gegenüber dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin stellen. ⁴Der Antrag ist unverzüglich der zuständigen Pflege- oder Krankenkasse zu übermitteln, die den Leistungsbescheid unverzüglich dem Antragsteller und zeitgleich dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin zuleitet.

(3) ¹Die Anzahl von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen ist so zu bemessen, dass die Aufgaben nach Absatz 1 im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können. ²Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. ³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt unter Beteiligung der in § 17 Absatz 1a Satz 2 genannten Parteien bis zum 31. Juli 2018 Empfehlungen zur erforderlichen Anzahl, Qualifikation und Fortbildung von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern ab.

(4) ¹Die Pflegekassen im Land haben Pflegeberater und Pflegeberaterinnen zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung in den Pflegestützpunkten nach Anzahl und örtlicher Zuständigkeit aufeinander abgestimmt bereitzustellen und hierüber einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen zu treffen. ²Die Pflegekassen können diese Aufgabe auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. ³Kommt eine Einigung bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ganz oder teilweise nicht zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines Monats zu entscheiden; § 81 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. ⁴Die Pflegekassen und die gesetzlichen Krankenkassen können zur Aufgabenwahrnehmung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen von der Möglichkeit der Beauftragung nach Maßgabe der §§ 88 bis 92 des Zehnten Buches Gebrauch machen; § 94 Absatz 1 Nummer 8 gilt entsprechend. ⁵Die durch die Tätigkeit von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen entstehenden Aufwendun-

gen werden von den Pflegekassen getragen und zur Hälfte auf die Verwaltungskostenpauschale nach § 46 Abs. 3 Satz 1 angerechnet.

(5) ¹Zur Durchführung der Pflegeberatung können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen für die bei ihnen versicherten Personen nutzen. ²Dies setzt eine vertragliche Vereinbarung mit den Pflegekassen über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme sowie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen voraus. ³Soweit Vereinbarungen mit den Pflegekassen nicht zustande kommen, können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, untereinander Vereinbarungen über eine abgestimmte Bereitstellung von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen treffen.

(6) Pflegeberater und Pflegeberaterinnen sowie sonstige mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 befassete Stellen, insbesondere

1. nach Landesrecht für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu bestimmende Stellen,
2. Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung,
3. Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77,
4. Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sowie
5. Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende,

dürfen Sozialdaten für Zwecke der Pflegeberatung nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.

(7) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den nach Landesrecht bestimmten Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der Altenhilfe und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge über die Zusammenarbeit in der Beratung. ²Zu den Verträgen nach Satz 1 sind die Verbände der Träger weiterer nicht gewerblicher Beratungsstellen auf Landesebene anzuhören, die für die Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen von Bedeutung sind. ³Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und dem zuständigen Träger der Sozialhilfe auf dessen Verlangen eine ergänzende Vereinbarung zu den Verträgen nach Satz 1 über die Zusammenarbeit in der örtlichen Beratung im Gebiet des Kreises oder der kreisfreien Stadt für den Bereich der örtlichen Zuständigkeit des Trägers der Sozialhilfe. ⁴Für Modellvorhaben nach § 123 kann der Antragsteller nach § 123 Absatz 1 die ergänzende Vereinbarung für den Geltungsbereich des Modellvorhabens verlangen.

(8) Die Pflegekassen können sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben nach diesem Buch aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsaufgaben anderer Träger beteiligen; die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung sind zu gewährleisten.

(9) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre, erstmals zum 30. Juni 2020, einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vor über

1. die Erfahrungen und Weiterentwicklung der Pflegeberatung und Pflegeberatungsstrukturen nach den Absätzen 1 bis 4, 7 und 8, § 7b Absatz 1 und 2 und § 7c und
2. die Durchführung, Ergebnisse und Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit sowie die Fortentwicklung der Beratungsstrukturen nach § 37 Absatz 3 bis 8.

²Er kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.

Fußnoten

§ 7a: Eingef. durch Art. 1 Nr. 4 G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008
 § 7a Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 4 Buchst. a DBuchst. aa G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
 § 7a Abs. 1 Satz 2: Eingef. durch Art. 1 Nr. 4 Buchst. a DBuchst. bb G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
 § 7a Abs. 1 Satz 3 bis 9: Früher Satz 2 bis 8 gem. Art. 1 Nr. 4 Buchst. a DBuchst. bb G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016; früherer Satz 9 aufgeh. durch Art. 1 Nr. 4 Buchst. a DBuchst. ee G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
 § 7a Abs. 1 Satz 3 Nr. 1: IdF d. Art. 1 Nr. 4 Buchst. a DBuchst. cc aaa G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
 § 7a Abs. 1 Satz 3 Nr. 4: IdF d. Art. 1 Nr. 4 Buchst. a DBuchst. cc bbb G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
 § 7a Abs. 1 Satz 3 Nr. 5: IdF d. Art. 1 Nr. 4 Buchst. a DBuchst. cc ccc G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
 § 7a Abs. 1 Satz 3 Nr. 6: Eingef. durch Art. 1 Nr. 4 Buchst. a DBuchst. cc ddd G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
 § 7a Abs. 1 Satz 7: IdF d. Art. 10 Nr. 2 G v. 23.12.2016 | 3234 mWv 1.1.2018
 § 7a Abs. 1 Satz 10: IdF d. Art. 1 Nr. 4 Buchst. a DBuchst. ff G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
 § 7a Abs. 2 Satz 1 u. 2: Früher Satz 1 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 4 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
 § 7a Abs. 2 Satz 3 u. 4: Früher Satz 2 u. 3 gem. Art. 1 Nr. 4 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
 § 7a Abs. 3: Früherer Satz 4 aufgeh. durch Art. 1 Nr. 4 Buchst. c DBuchst. bb G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
 § 7a Abs. 3 Satz 3: IdF d. Art. 1 Nr. 4 Buchst. c DBuchst. aa G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
 § 7a Abs. 4 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 4 Buchst. d G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
 § 7a Abs. 4 Satz 4: IdF d. Art. 1 Nr. 1b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
 § 7a Abs. 7: IdF d. Art. 1 Nr. 4 Buchst. e G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
 § 7a Abs. 7 Satz 3 u. 4: Eingef. durch Art. 9 Nr. 1 G v. 18.7.2017 | 2757 mWv 29.7.2017
 § 7a Abs. 8 u. 9: Eingef. durch Art. 1 Nr. 4 Buchst. f G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 7b Beratungsgutscheine

(1) ¹Die Pflegekasse hat dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch sowie weiterer Anträge auf Leistungen nach § 18 Absatz 3, den §§ 36 bis 38, 41 bis 43, 44a, 45, 87a Absatz 2 Satz 1 und § 115 Absatz 4 entweder

1. unter Angabe einer Kontaktperson einen konkreten Beratungstermin anzubieten, der spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder
2. einen Beratungsgutschein auszustellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen er zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang eingelöst werden kann; § 7a Absatz 4 Satz 5 ist entsprechend anzuwenden.

²Die Beratung richtet sich nach § 7a. ³Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung in der häuslichen Umgebung stattzufinden und kann auch nach Ablauf der in Satz 1 genannten Frist durchgeführt werden; über diese Möglichkeiten hat ihn die Pflegekasse aufzuklären.

(2) ¹Die Pflegekasse hat sicherzustellen, dass die Beratungsstellen die Anforderungen an die Beratung nach § 7a einhalten. ²Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen vertragliche Vereinbarungen mit unabhängigen und neutralen Beratungsstellen, die insbesondere Regelungen treffen für

1. die Anforderungen an die Beratungsleistung und die Beratungspersonen,
2. die Haftung für Schäden, die der Pflegekasse durch fehlerhafte Beratung entstehen, und
3. die Vergütung.

(2a) ¹Sofern kommunale Gebietskörperschaften, von diesen geschlossene Zweckgemeinschaften oder nach Landesrecht zu bestimmende Stellen

1. für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe oder
2. für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch

Pflegeberatung im Sinne von § 7a erbringen, sind sie Beratungsstellen, bei denen Pflegebedürftige nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Beratungsgutscheine einlösen können; sie haben die Empfehlungen nach § 7a Absatz 3 Satz 3 zu berücksichtigen und die Pflegeberatungs-Richtlinien nach § 17 Absatz 1a zu beachten. ²Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. ³Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen mit den in Satz 1 genannten Stellen vertragliche Vereinbarungen über die Vergütung. ⁴Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Sozialdaten gilt § 7a Absatz 6 entsprechend.

(3) ¹Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 dürfen personenbezogene Daten nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies für Zwecke der Beratung nach § 7a erforderlich ist und der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter eingewilligt hat. ²Zudem ist der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter zu Beginn der Beratung darauf hinzuweisen, dass die Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, entsprechend.

Fußnoten

§ 7b: Eingef. durch Art. 1 Nr. 3 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 7b Abs. 1 Satz 1 Eingangssatz: IdF d. Art. 1 Nr. 5 Buchst. a DBuchst. aa G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 7b Abs. 1 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 5 Buchst. a DBuchst. bb G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 7b Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 5 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 7b Abs. 2a: Eingef. durch Art. 1 Nr. 2 G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 7b Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 5 Buchst. c G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 7c Pflegestützpunkte, Verordnungsermächtigung

(1) ¹Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten richten die Pflegekassen und Krankenkassen Pflegestützpunkte ein, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt.

²Die Einrichtung muss innerhalb von sechs Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde erfolgen. ³Kommen die hierfür erforderlichen Verträge nicht innerhalb von drei Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines weiteren Monats den Inhalt der Verträge festzulegen; hierbei haben sie auch die Interessen der Ersatzkassen und der Landesverbände der Krankenkassen wahrzunehmen. ⁴Hinsichtlich der Mehrheitsverhältnisse bei der Beschlussfassung ist § 81 Absatz 1 Satz 2 entsprechend anzuwenden.

⁵Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörden zur Einrichtung von Pflegestützpunkten haben keine aufschiebende Wirkung.

(1a) ¹Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe können bis zum 31. Dezember 2021 auf Grund landesrechtlicher Vorschriften von den Pflegekassen und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten verlangen. ²Ist in der Vereinbarung zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes oder in den Rahmenverträgen nach Absatz 6 nichts anderes vereinbart, werden die Aufwendungen, die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlich sind, von den Trägern des Pflegestützpunktes zu gleichen Teilen unter Berücksichtigung der anrechnungsfähigen Aufwendungen für das eingesetzte Personal getragen.

(2) ¹Aufgaben der Pflegestützpunkte sind

1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a,

2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,
3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

²Auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen ist zurückzugreifen. ³Die Pflegekassen haben jederzeit darauf hinzuwirken, dass sich insbesondere die

1. nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch,
2. im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen,
3. im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung

an den Pflegestützpunkten beteiligen. ⁴Die Krankenkassen haben sich an den Pflegestützpunkten zu beteiligen. ⁵Träger der Pflegestützpunkte sind die beteiligten Kosten- und Leistungsträger. ⁶Die Träger

1. sollen Pflegefachkräfte in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einbinden,
2. haben nach Möglichkeit Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einzubinden,
3. sollen interessierten kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen sowie nicht gewerblichen, gemeinwohlorientierten Einrichtungen mit öffentlich zugänglichen Angeboten und insbesondere Selbsthilfe stärkender und generationenübergreifender Ausrichtung in kommunalen Gebietskörperschaften die Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglichen,
4. können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben dritter Stellen bedienen,
5. sollen im Hinblick auf die Vermittlung und Qualifizierung von für die Pflege und Betreuung geeigneten Kräften eng mit dem Träger der Arbeitsförderung nach dem Dritten Buch und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch zusammenarbeiten.

(3) Die an den Pflegestützpunkten beteiligten Kostenträger und Leistungserbringer können für das Einzugsgebiet der Pflegestützpunkte Verträge zur wohnortnahen integrierten Versorgung schließen; insoweit ist § 92b mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, dass die Pflege- und Krankenkassen gemeinsam und einheitlich handeln.

(4) ¹Der Pflegestützpunkt kann bei einer im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtung errichtet werden, wenn dies nicht zu einer unzulässigen Beeinträchtigung des Wettbewerbs zwischen den Pflegeeinrichtungen führt. ²Die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen werden von den Trägern der Pflegestützpunkte unter Berücksichtigung der anrechnungsfähigen Aufwendungen für das eingesetzte Personal auf der Grundlage einer vertraglichen Vereinbarung anteilig getragen. ³Die Verteilung der für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen wird mit der Maßgabe vereinbart, dass der auf eine einzelne Pflegekasse entfallende Anteil nicht höher sein darf als der von der Krankenkasse, bei der sie errichtet ist, zu tragende Anteil. ⁴Soweit sich private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, nicht an der Finanzierung der Pflegestützpunkte beteiligen, haben sie mit den Trägern der Pflegestützpunkte über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme der Pflegestützpunkte durch privat Pflege-Pflichtversicherte sowie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen Vereinbarungen zu treffen; dies gilt für private Versicherungsunternehmen, die die private Krankenversicherung durchführen, entsprechend.

(5) Im Pflegestützpunkt tätige Personen sowie sonstige mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 befaste Stellen, insbesondere

1. nach Landesrecht für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu bestimmende Stellen,

2. Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung,
3. Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77,
4. Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sowie
5. Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende,

dürfen Sozialdaten nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.

(6) ¹Sofern die zuständige oberste Landesbehörde die Einrichtung von Pflegestützpunkten bestimmt hat, vereinbaren die Landesverbände der Pflegekassen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch und den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte. ²Bestandskräftige Rahmenverträge gelten bis zum Inkrafttreten von Rahmenverträgen nach Satz 1 fort. ³Die von der zuständigen obersten Landesbehörde getroffene Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sowie die Empfehlungen nach Absatz 9 sind beim Abschluss der Rahmenverträge zu berücksichtigen. ⁴In den Rahmenverträgen nach Satz 1 sind die Strukturierung der Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten sowie die Zuständigkeit insbesondere für die Koordinierung der Arbeit, die Qualitätssicherung und die Auskunftspflicht gegenüber den Trägern, den Ländern und dem Bundesversicherungsamt zu bestimmen. ⁵Ferner sollen Regelungen zur Aufteilung der Kosten unter Berücksichtigung der Vorschriften nach Absatz 4 getroffen werden. ⁶Die Regelungen zur Kostenaufteilung gelten unmittelbar für die Pflegestützpunkte, soweit in den Verträgen zur Errichtung der Pflegestützpunkte nach Absatz 1 nichts anderes vereinbart ist.

(7) ¹Die Landesregierungen werden ermächtigt, Schiedsstellen einzurichten. ²Diese setzen den Inhalt der Rahmenverträge nach Absatz 6 fest, sofern ein Rahmenvertrag nicht innerhalb der in der Rechtsverordnung nach Satz 6 zu bestimmenden Frist zustande kommt. ³Die Schiedsstelle besteht aus Vertretungen der Pflegekassen und der für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. ⁴Für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertretungen bestellt werden. ⁵§ 76 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend. ⁶Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Frist, nach deren Ablauf die Schiedsstelle ihre Arbeit aufnimmt, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu regeln.

(8) ¹Abweichend von Absatz 7 können die Parteien des Rahmenvertrages nach Absatz 6 Satz 1 einvernehmlich eine unparteiische Schiedsperson und zwei unparteiische Mitglieder bestellen, die den Inhalt des Rahmenvertrages nach Absatz 6 innerhalb von sechs Wochen nach ihrer Bestellung festlegen. ²Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

(9) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände können gemeinsam und einheitlich Empfehlungen zur Arbeit und zur Finanzierung von Pflegestützpunkten in der gemeinsamen Trägerschaft der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Alten- und Sozialhilfe vereinbaren.

Fußnoten

§ 7c: Eingef. durch Art. 1 Nr. 6 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 7c Überschrift: IdF d. Art. 1 Nr. 3 Buchst. a G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 7c Abs. 1a: Eingef. durch Art. 1 Nr. 3 Buchst. b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 7c Abs. 2 Satz 1 Nr. 1: IdF d. Art. 1 Nr. 3 Buchst. c DBuchst. aa G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 7c Abs. 2 Satz 6 Nr. 3: IdF d. Art. 1 Nr. 3 Buchst. c DBuchst. bb G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 7c Abs. 6 bis 8: Früher Abs. 6 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 3 Buchst. d G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 7c Abs. 9: Früher Abs. 7 gem. Art. 1 Nr. 3 Buchst. e G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 8 Gemeinsame Verantwortung

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

(2) ¹Die 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. ²Sie 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 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. ³Sie 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.

(3) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 5 Millionen Euro im Kalenderjahr Maßnahmen wie Modellvorhaben, Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige, durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. ²Dabei sind vorrangig modellhaft in einer Region Möglichkeiten eines personenbezogenen Budgets sowie neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige zu erproben. ³Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels sowie von § 36 und zur Entwicklung besonders pauschalierter Pflegesätze von § 84 Abs. 2 Satz 2 abgewichen werden. ⁴Mehrbelastungen der Pflegeversicherung, die dadurch entstehen, dass Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, durch Einbeziehung in ein Modellvorhaben höhere Leistungen als das Pflegegeld erhalten, sind in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einzubeziehen. ⁵Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht wurden, können sie in das Folgejahr übertragen werden. ⁶Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. ⁷Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Maßnahmen; dabei sind auch regionale Modellvorhaben einzelner Länder zu berücksichtigen. ⁸Die Maßnahmen sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. ⁹Soweit finanzielle Interessen einzelner Länder berührt werden, sind diese zu beteiligen. ¹⁰Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesversicherungsamt durch Vereinbarung. ¹¹Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. ¹²§ 45c Absatz 5 Satz 6 gilt entsprechend.

(4) ¹Aus den Mitteln nach Absatz 3 ist ebenfalls die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 und der wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Absatz 4 sicherzustellen. ²Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. als Mitglied im Qualitätsausschuss nach § 113b vertreten ist, beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, mit einem Anteil von 10 Prozent an den Aufwendungen nach Satz 1. ³Aus den Mitteln nach Absatz 3 ist zudem die Finanzierung der Aufgaben nach § 113c sicherzustellen. ⁴Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 10 Prozent an diesen Aufwendungen. ⁵Der Finanzierungsanteil nach den Sätzen 2 und 4, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.

(5) ¹Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ist die Finanzierung der gemäß § 113 Absatz 1b Satz 1 beauftragten, fachlich unabhängigen Institution sicherzustellen. ²Die Vertragsparteien nach § 113 und das Bundesversicherungsamt vereinbaren das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel. ³Die jeweilige Auszahlung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

(6) ¹Abweichend von § 84 Absatz 4 Satz 1 erhalten vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizi-

nischen Behandlungspflege. ²Voraussetzung für die Gewährung des Vergütungszuschlags ist, dass die Pflegeeinrichtung über neu eingestelltes oder über Stellenaufstockung erweitertes Pflegepersonal verfügt, das über das Personal hinausgeht, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. ³Das zusätzliche Pflegepersonal muss zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein und es muss sich bei dem Personal um Pflegefachkräfte handeln. ⁴Nur für den Fall, dass die vollstationäre Pflegeeinrichtung nachweist, dass es ihr in einem Zeitraum von über vier Monaten nicht gelungen ist, geeignete Pflegefachkräfte einzustellen, kann sie ausnahmsweise auch für die Beschäftigung von zusätzlichen Pflegehilfskräften, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, einen Vergütungszuschlag erhalten. ⁵Das Bundesversicherungsamt verwaltet die zur Finanzierung des Vergütungszuschlags von den Krankenkassen nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches und von den privaten Versicherungsunternehmen nach Absatz 9 Satz 2 zu leistenden Beträge im Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. ⁶Der Anspruch auf einen Vergütungszuschlag ist unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 begrenzt auf die tatsächlichen Aufwendungen für zusätzlich

1. eine halbe Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 40 Plätzen,
2. eine Stelle bei Pflegeeinrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen,
3. anderthalb Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit 81 bis zu 120 Plätzen und
4. zwei Stellen bei Pflegeeinrichtungen mit mehr als 120 Plätzen.

⁷Der Vergütungszuschlag ist von den Pflegekassen monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig. ⁸Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für die Antragstellung und den Nachweis nach Satz 4 sowie das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder fest. ⁹Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen seiner Zuständigkeit. ¹⁰Bis zum Vorliegen der Bestimmung nach Satz 8 stellen die Landesverbände der Pflegekassen die sachgerechte Verfahrensbearbeitung sicher; es genügt die Antragstellung an eine als Partei der Pflegesatzvereinbarung beteiligte Pflegekasse. ¹¹Die über den Vergütungszuschlag finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten sind von den Pflegeeinrichtungen unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 nachzuweisen. ¹²Die Auszahlung des gesamten Zuschlags hat einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort zu erfolgen. ¹³Änderungen der den Anträgen zugrunde liegenden Sachverhalte sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen unverzüglich anzuzeigen. ¹⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung.

(7) ¹Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. ²Förderfähig sind individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, sowie Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. ³Gefördert werden bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel. ⁴Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein jährlicher Förderzuschuss von 7 500 Euro möglich. ⁵Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. ⁶Der in Satz 1 genannte Betrag soll unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. ⁷Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein. ⁸Pflegeeinrichtungen können in einem Antrag die Förderung von zeitlich und sachlich unterschiedlichen Maßnahmen beantragen. ⁹Soweit eine Pflegeeinrichtung den Förderhöchstbetrag nach Satz 4 innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen hat und die für das Land, in dem die Pflegeeinrichtung ihren Sitz hat, in diesem Kalenderjahr bereitgestellte Gesamtfördersumme noch nicht ausgeschöpft ist, erhöht sich der mögliche Förderhöchstbetrag für diese Pflegeeinrichtung im nachfolgenden Kalenderjahr um den aus dem Vorjahr durch die Pflegeeinrichtung nicht in Anspruch genommenen Betrag. ¹⁰Der Spitzenverband Bund der Pflegekas-

sen erlässt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch eine Pflegekasse. ¹¹Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. ¹²Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. ¹³Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 12 unterbrochen. ¹⁴Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. ¹⁵Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(8) ¹Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2021 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, die insbesondere das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altenpflege betreffen, zur Entlastung der Pflegekräfte zu fördern. ²Förderungsfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen. ³Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. ⁴Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12 000 Euro möglich. ⁵Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses, der durch eine Pflegekasse ausgezahlt wird. ⁶Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. ⁷Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. ⁸Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 7 unterbrochen. ⁹Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. ¹⁰Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(9) ¹Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß den Absätzen 5, 7 und 8 jeweils ergeben. ²Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an der Finanzierung der Vergütungszuschläge nach Absatz 6 mit jährlich 44 Millionen Euro. ³Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. ⁴Einmalig können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, für bestehende Vertragsverhältnisse die Prämie für die private Pflege-Pflichtversicherung anpassen, um die Verpflichtungen zu berücksichtigen, die sich aus den Sätzen 1 und 2 ergeben. ⁵§ 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist anzuwenden. ⁶Dem Versicherungsnehmer ist die Neufestsetzung der Prämie unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitzuteilen. ⁷§ 203 Absatz 5 des Versicherungsvertragsgesetzes und § 205 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gelten entsprechend.

(10) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesversicherungsamt regeln das Nähere über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel zur Finanzierung der Maßnahmen nach den Absätzen 6 bis 8 aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sowie zur Feststellung und Erhebung der Beträge der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, nach Absatz 9 Satz 1 und 2 durch Vereinbarung.

Fußnoten

§ 8 Abs. 2 Satz 2: IdF d. Art. 10 Nr. 4 nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 I 1046 mWv 1.7.2001

§ 8 Abs. 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 4a G v. 14.12.2001 | 3728 mWv 1.1.2002
 § 8 Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 8 Nr. 2 Buchst. a G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.7.2008 u. d. Art. 1 Nr. 3 Buchst. a G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015
 § 8 Abs. 3 Satz 3: IdF d. Art. 1 Nr. 5 Buchst. a G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008
 § 8 Abs. 3 Satz 5: Eingef. durch Art. 1 Nr. 5 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008
 § 8 Abs. 3 Satz 6: Früher Satz 5 gem. Art. 1 Nr. 5 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008
 § 8 Abs. 3 Satz 7 (früher Satz 6): IdF d. Art. 8 Nr. 2 Buchst. b G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.7.2008; früherer Satz 6 jetzt Satz 7 gem. Art. 1 Nr. 5 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008; idF d. Art. 1 Nr. 3 Buchst. b G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015
 § 8 Abs. 3 Satz 8 (früher Satz 7): IdF d. Art. 212 Nr. 1 V v. 25.11.2003 | 2304 mWv 28.11.2003 u. d. Art. 264 Nr. 1 V v. 31.10.2006 | 2407 mWv 8.11.2006; früherer Satz 7 jetzt Satz 8 gem. Art. 1 Nr. 5 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008; idF d. Art. 1 Nr. 3 Buchst. c G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015
 § 8 Abs. 3 Satz 9: Früher Satz 8 gem. Art. 1 Nr. 5 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008
 § 8 Abs. 3 Satz 10 (früher Satz 9): IdF d. Art. 8 Nr. 2 Buchst. c G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.7.2008; früherer Satz 9 jetzt Satz 10 gem. Art. 1 Nr. 5 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008
 § 8 Abs. 3 Satz 11: Früher Satz 10 gem. Art. 1 Nr. 5 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008
 § 8 Abs. 3 Satz 12: Früher Satz 11 gem. Art. 1 Nr. 5 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008; idF d. Art. 2 Nr. 5 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017
 § 8 Abs. 4: Eingef. durch Art. 1 Nr. 7 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
 § 8 Abs. 5 bis 10: Eingef. durch Art. 11 Nr. 3 G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

§ 8a Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung

(1) ¹Für jedes Land oder für Teile des Landes wird zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung ein Landespflegeausschuss gebildet. ²Der Ausschuss kann zur Umsetzung der Pflegeversicherung einvernehmlich Empfehlungen abgeben. ³Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu den Landespflegeausschüssen zu bestimmen; insbesondere können sie die den Landespflegeausschüssen angehörenden Organisationen unter Berücksichtigung der Interessen aller an der Pflege im Land Beteiligten berufen.

(2) ¹Sofern nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften ein Ausschuss zur Beratung über sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Versorgung von Pflegebedürftigen (sektorenübergreifender Landespflegeausschuss) eingerichtet worden ist, entsenden die Landesverbände der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften Vertreter in diesen Ausschuss und wirken an der Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit. ²Soweit erforderlich, ist eine Abstimmung mit dem Landesgremium nach § 90a des Fünften Buches herbeizuführen.

(3) Sofern nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften regionale Ausschüsse insbesondere zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung in Landkreisen und kreisfreien Städten eingerichtet worden sind, entsenden die Landesverbände der Pflegekassen Vertreter in diese Ausschüsse und wirken an der einvernehmlichen Abgabe gemeinsamer Empfehlungen mit.

(4) ¹Die in den Ausschüssen nach den Absätzen 1 und 3 vertretenen Pflegekassen, Landesverbände der Pflegekassen sowie die sonstigen in Absatz 2 genannten Mitglieder wirken in dem jeweiligen Ausschuss an einer nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften vorgesehenen Erstellung und Fortschreibung von Empfehlungen zur Sicherstellung der pflegerischen Infrastruktur (Pflegestrukturplanungsempfehlung) mit. ²Sie stellen die hierfür erforderlichen Angaben bereit, soweit diese ihnen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben verfügbar sind und es sich nicht um personenbezogene Daten handelt. ³Die Mitglieder nach Satz 1 berichten den jeweiligen Ausschüssen nach den Absätzen 1 bis 3 insbesondere darüber, inwieweit diese Empfehlungen von den Landesverbänden der Pflegekassen und der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausgesellschaften bei der Erfüllung der ihnen nach diesem und dem Fünften Buch übertragenen Aufgaben berücksichtigt wurden.

(5) Empfehlungen der Ausschüsse nach den Absätzen 1 bis 3 zur Weiterentwicklung der Versorgung sollen von den Vertragsparteien nach dem Siebten Kapitel beim Abschluss der Versorgungs- und Rahmenverträge und von den Vertragsparteien nach dem Achten Kapitel beim Abschluss der Vergütungsverträge einbezogen werden.

Fußnoten

§ 8a Überschrift: IdF d. Art. 1 Nr. 4 Buchst. a G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017

§ 8a Abs. 1 (früher einziger Text): Eingef. durch Art. 1 Nr. 8 G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016; jetzt Abs. 1 gem. Art. 1 Nr. 4 Buchst. b G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017

§ 8a Abs. 2 bis 5: Eingef. durch Art. 1 Nr. 4 Buchst. c G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017

§ 9 Aufgaben der Länder

¹Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. ²Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt; durch Landesrecht kann auch bestimmt werden, ob und in welchem Umfang eine im Landesrecht vorgesehene und an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientierte finanzielle Unterstützung

1. der Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen oder
2. der Pflegeeinrichtungen bei der Tragung ihrer betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen

als Förderung der Pflegeeinrichtungen gilt. ³Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen.

Fußnoten

§ 9 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 6 G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 10 Berichtspflichten des Bundes und der Länder

(1) Die Bundesregierung berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes ab 2016 im Abstand von vier Jahren über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.

(2) Die Länder berichten dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 30. Juni über Art und Umfang der finanziellen Förderung der Pflegeeinrichtungen im vorausgegangenen Kalenderjahr sowie über die mit dieser Förderung verbundenen durchschnittlichen Investitionskosten für die Pflegebedürftigen.

Fußnoten

§ 10 Überschrift: IdF d. Art. 1 Nr. 5 Buchst. a G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017

§ 10 Abs. 1 (früher einziger Text): IdF d. Art. 1 Nr. 7 G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008 u. d. Art. 6 Nr. 1a G v. 17.7.2015 I 1368 mWv 25.7.2015; jetzt Abs. 1 gem. Art. 1 Nr. 5 Buchst. b G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017

§ 10 Abs. 2: Eingef. durch Art. 1 Nr. 5 Buchst. c G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017

§ 11 Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

(1) ¹Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. ²Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.

(2) ¹Bei der Durchführung dieses Buches sind die Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen zu wahren sowie deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit zu achten. ²Dem 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. ³Freiwillige und private Träger haben Vorrang gegenüber öffentlichen Trägern.

(3) Die Bestimmungen des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes bleiben unberührt.

Fußnoten

§ 12 Aufgaben der Pflegekassen

(1) ¹Die Pflegekassen sind für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich. ²Sie arbeiten dabei mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen und wirken, insbesondere durch Pflegestützpunkte nach § 7c, auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen hin, um eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen zu ermöglichen. ³Die Pflegekassen sollen zur Durchführung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. ⁴§ 94 Abs. 2 bis 4 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

(2) ¹Die 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. ²Sie stellen insbesondere über die Pflegeberatung nach § 7a sicher, dass im Einzelfall häusliche Pflegehilfe, Behandlungspflege, ärztliche Behandlung, spezialisierte Palliativversorgung, Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen. ³Die Pflegekassen nutzen darüber hinaus das Instrument der integrierten Versorgung nach § 92b und wirken zur Sicherstellung der haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung der Pflegebedürftigen darauf hin, dass die stationären Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen oder § 119b des Fünften Buches anwenden.

Fußnoten

§ 12 Abs. 1 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 8 Buchst. a G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008 u. d. Art. 1 Nr. 9 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 12 Abs. 2 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 8 Buchst. b DBuchst. aa G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008 u. d. Art. 2 Nr. 5a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 12 Abs. 2 Satz 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 8 Buchst. b DBuchst. bb G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 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) ¹Die Leistungen nach dem Fünften Buch einschließlich der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches bleiben unberührt. ²Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches zu leisten sind.

(3) ¹Die Leistungen der Pflegeversicherung gehen den Fürsorgeleistungen zur Pflege

1. nach dem Zwölften Buch,
2. nach dem Lastenausgleichsgesetz, dem Reparationsschädengesetz und dem Flüchtlingshilfegesetz,
3. nach dem Bundesversorgungsgesetz (Kriegsopferfürsorge) und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,

vor, soweit dieses Buch nichts anderes bestimmt. ²Leistungen zur Pflege nach diesen Gesetzen sind zu gewähren, wenn und soweit Leistungen der Pflegeversicherung nicht erbracht werden oder diese Ge-

setze dem Grunde oder der Höhe nach weitergehende Leistungen als die Pflegeversicherung vorsehen.³ Die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch bleiben unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig; die notwendige Hilfe in den Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.

(3a) (weggefallen)

(4)¹ Treffen Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe zusammen, vereinbaren mit Zustimmung des Leistungsberechtigten die zuständige Pflegekasse und der für die Eingliederungshilfe zuständige Träger,

1. dass im Verhältnis zum Pflegebedürftigen der für die Eingliederungshilfe zuständige Träger die Leistungen der Pflegeversicherung auf der Grundlage des von der Pflegekasse erlassenen Leistungsbescheids zu übernehmen hat,
2. dass die zuständige Pflegekasse dem für die Eingliederungshilfe zuständigen Träger die Kosten der von ihr zu tragenden Leistungen zu erstatten hat sowie
3. die Modalitäten der Übernahme und der Durchführung der Leistungen sowie der Erstattung.

²Die bestehenden Wunsch- und Wahlrechte der Leistungsberechtigten bleiben unberührt und sind zu beachten.³ Die Ausführung der Leistungen erfolgt nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften.⁴ Soweit auch Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu erbringen sind, ist der für die Hilfe zur Pflege zuständige Träger zu beteiligen.⁵ Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe bis zum 1. Januar 2018 in einer Empfehlung Näheres zu den Modalitäten der Übernahme und der Durchführung der Leistungen sowie der Erstattung und zu der Beteiligung des für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägers.⁶ Die Länder, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Vereinigungen der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe auf Bundesebene sowie die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen sind vor dem Beschluss anzuhören.⁷ Die Empfehlung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

(4a) Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte für ein Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe, bezieht der für die Durchführung eines Teilhabeplanverfahrens oder Gesamtplanverfahrens verantwortliche Träger mit Zustimmung des Leistungsberechtigten die zuständige Pflegekasse in das Verfahren beratend mit ein, um die Vereinbarung nach Absatz 4 gemeinsam vorzubereiten.

(4b) Die Regelungen nach Absatz 3 Satz 3, Absatz 4 und 4a werden bis zum 1. Juli 2019 evaluiert.

(5)¹ Die Leistungen der Pflegeversicherung bleiben als Einkommen bei Sozialleistungen und bei Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, unberücksichtigt; dies gilt nicht für das Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 44a Absatz 3.² Satz 1 gilt entsprechend bei Vertragsleistungen aus privaten Pflegeversicherungen, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind.³ Rechtsvorschriften, die weitergehende oder ergänzende Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung von der Einkommensermittlung ausschließen, bleiben unberührt.

(6)¹ Wird Pflegegeld nach § 37 oder eine vergleichbare Geldleistung an eine Pflegeperson (§ 19) weitergeleitet, bleibt dies bei der Ermittlung von Unterhaltsansprüchen und Unterhaltsverpflichtungen der Pflegeperson unberücksichtigt.² Dies gilt nicht

1. in den Fällen des § 1361 Abs. 3, der §§ 1579, 1603 Abs. 2 und des § 1611 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,

2. für Unterhaltsansprüche der Pflegeperson, wenn von dieser erwartet werden kann, ihren Unterhaltsbedarf ganz oder teilweise durch eigene Einkünfte zu decken und der Pflegebedürftige mit dem Unterhaltspflichtigen nicht in gerader Linie verwandt ist.

Fußnoten

- § 13 Abs. 2: IdF d. Art. 2 Nr. 6 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017
§ 13 Abs. 3 Satz 1 Schlusssatz: IdF d. Art. 1 Nr. 6 Buchst. a DBuchst. aa G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
§ 13 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1: IdF d. Art. 10 Nr. 2 Buchst. a DBuchst. aa G v. 27.12.2003 | 3022 mWv 1.1.2005
§ 13 Abs. 3 Satz 2 u. 3: Früher Satz 2 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 4 G v. 14.6.1996 | 830 mWv 25.6.1996
§ 13 Abs. 3 Satz 3: IdF d. Art. 10 Nr. 7 nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 | 1046 mWv 1.7.2001, d. Art. 10 Nr. 2 Buchst. a DBuchst. bb G v. 27.12.2003 | 3022 mWv 1.1.2005 u. d. Art. 1 Nr. 6 Buchst. a DBuchst. bb G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
§ 13 Abs. 3a: Aufgeh. durch Art. 1 Nr. 6 Buchst. b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
§ 13 Abs. 4: IdF d. Art. 1 Nr. 6 Buchst. c G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
§ 13 Abs. 4a u. 4b: Eingef. durch Art. 1 Nr. 6 Buchst. d G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
§ 13 Abs. 5 Satz 1: IdF d. Art. 10 Nr. 2 Buchst. c G v. 27.12.2003 | 3022 mWv 1.1.2005 u. d. Art. 1 Nr. 10 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
§ 13 Abs. 6: Eingef. durch Art. 1 Nr. 1 G v. 21.7.1999 | 1656 mWv 1.8.1999

Zweites Kapitel Leistungsberechtigter Personenkreis

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) ¹Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. ²Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. ³Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde,

Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
- a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
 - d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

Fußnoten

§§ 14 bis 16: IdF d. Art. 2 Nr. 7 G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) ¹Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). ²Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) ¹Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. ²In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. ³Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. ⁴Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegfachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. ⁵In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. ⁶Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

- 1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- 2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- 3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
- 4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
- 5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

⁷Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Ge-

wichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet.⁸Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3)¹Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen.²Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht.³Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden.⁴Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4)¹Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen.²Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5)¹Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind.²Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen.³Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6)¹Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt.²Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,

2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

Fußnoten

§§ 14 bis 16: IdF d. Art. 2 Nr. 7 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 15 Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 6a G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 16 Verordnungsermächtigung

¹Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 zu erlassen. ²Es kann sich dabei von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen.

Fußnoten

§§ 14 bis 16: IdF d. Art. 2 Nr. 7 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 17 Richtlinien der Pflegekassen

(1) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Richtlinien zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 (Begutachtungs-Richtlinien). ²Er hat dabei die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu beteiligen. ³Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ⁴Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. ⁵Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe der nach § 118 Absatz 2 erlassenen Verordnung beratend mit. ⁶§ 118 Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(1a) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bis zum 31. Juli 2018 Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a, die für die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen, der Beratungsstellen nach § 7b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie der Pflegestützpunkte nach § 7c unmittelbar verbindlich sind (Pflegeberatungs-Richtlinien). ²An den Richtlinien nach Satz 1 sind die Länder, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Verbände der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu beteiligen. ³Den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, unabhängigen Sachverständigen sowie den maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie ihrer Angehörigen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

(1b) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bis zum 30. November 2016 Richtlinien zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an pflegefachlichen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat. ²Von den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 sind dabei nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen. ³Im Übrigen gilt § 17 Ab-

satz 1 Satz 2 bis 6 entsprechend. ⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt eine wissenschaftliche Evaluation der Richtlinien in Auftrag. ⁵Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist bis zum 31. Dezember 2018 zu veröffentlichen.

(2) ¹Die Richtlinien nach den Absätzen 1, 1a und 1b werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. ²Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. ³Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

Fußnoten

§ 17 Abs. 1: IdF d. Art. 2 Nr. 8 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 17 Abs. 1a: Eingef. durch Art. 1 Nr. 11 Buchst. a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 17 Abs. 1b: Eingef. durch Art. 2a Nr. 1 Buchst. a G v. 11.10.2016 | 2233 mWv 1.11.2016; idF d. Art. 2a Nr. 1 Buchst. b G v. 11.10.2016 | 2233 mWv 1.1.2017

§ 17 Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 219 Nr. 3 Buchst. a V v. 29.10.2001 | 2785 mWv 7.11.2001, d. Art. 212 Nr. 1 V v. 25.11.2003 | 2304 mWv 28.11.2003, d. Art. 264 Nr. 1 V v. 31.10.2006 | 2407 mWv 8.11.2006, d. Art. 1 Nr. 11 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016 u. d. Art. 2a Nr. 1 Buchst. c G v. 11.10.2016 | 2233 mWv 1.11.2016

§ 17 Abs. 2 Satz 2: IdF d. Art. 219 Nr. 3 Buchst. a V v. 29.10.2001 | 2785 mWv 7.11.2001, d. Art. 212 Nr. 1 V v. 25.11.2003 | 2304 mWv 28.11.2003 u. d. Art. 264 Nr. 1 V v. 31.10.2006 | 2407 mWv 8.11.2006

§ 17 Abs. 2 Satz 3: IdF d. Art. 219 Nr. 3 Buchst. b V v. 29.10.2001 | 2785 mWv 7.11.2001, d. Art. 212 Nr. 1 V v. 25.11.2003 | 2304 mWv 28.11.2003 u. d. Art. 264 Nr. 1 V v. 31.10.2006 | 2407 mWv 8.11.2006

§ 17a (weggefallen)

Fußnoten

§ 17a: Aufgeh. durch Art. 2 Nr. 9 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(1) ¹Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. ²Im Rahmen dieser Prüfungen haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter durch eine Untersuchung des Antragstellers die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bei den in § 14 Absatz 2 genannten Kriterien nach Maßgabe des § 15 sowie die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln. ³Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. ⁴Jede Feststellung hat zudem eine Aussage darüber zu treffen, ob Beratungsbedarf insbesondere in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt, hinsichtlich Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches besteht.

(1a) ¹Die Pflegekassen können den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragen, für welchen Zeitanteil die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat. ²Von den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 sind nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen. ³Bei der Prüfung des Zeitanteils sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1b zu beachten.

(2) ¹Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen. ²Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. ³Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben

unberührt. ⁴Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. ⁵Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.

(2a) ¹Bei pflegebedürftigen Versicherten werden vom 1. Juli 2016 bis zum 31. Dezember 2016 keine Wiederholungsbegutachtungen nach Absatz 2 Satz 5 durchgeführt, auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder anderen unabhängigen Gutachtern empfohlen wurde. ²Abweichend von Satz 1 können Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden, wenn eine Verringerung des Hilfebedarfs, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen, zu erwarten ist.

(2b) ¹Die Frist nach Absatz 3 Satz 2 ist vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2016 unbeachtlich. ²Abweichend davon ist einem Antragsteller, der ab dem 1. November 2016 einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt und bei dem ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. ³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs. ⁴Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen berichten in der nach Absatz 3b Satz 4 zu veröffentlichenden Statistik auch über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.

(2c) Abweichend von Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 ist die Pflegekasse vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2016 nur bei Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs gemäß Absatz 2b dazu verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

(3) ¹Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter. ²Dem Antragsteller ist spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. ³Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und

1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder
3. wurde mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart,

ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. ⁴Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. ⁵Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter an die Pflegekasse weiterleiten. ⁶In den Fällen der Sätze 3 bis 5 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt. ⁷Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachter bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. ⁸Der Antragsteller ist bei der Begutachtung auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens insbesondere für eine umfassende Beratung, das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11

Absatz 4 des Fünften Buches und für die Pflegeplanung hinzuweisen.⁹Das Gutachten wird dem Antragsteller durch die Pflegekasse übersandt, sofern er der Übersendung nicht widerspricht.¹⁰Das Ergebnis des Gutachtens ist transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern.¹¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens.¹²Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen.

(3a)¹Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen,

1. soweit nach Absatz 1 unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder
2. wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

²Auf die Qualifikation und Unabhängigkeit des Gutachters ist der Versicherte hinzuweisen.³Hat sich der Antragsteller für einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen.⁴Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen.⁵Die Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen.⁶Satz 1 Nummer 2 gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.

(3b)¹Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in Absatz 3 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen.²Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in vollstationärer Pflege befindet und bereits bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt ist.³Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen.⁴Die Träger der Pflegeversicherung und die privaten Versicherungsunternehmen veröffentlichen jährlich jeweils bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres eine Statistik über die Einhaltung der Fristen nach Absatz 3.⁵Die Sätze 1 bis 3 finden vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2017 keine Anwendung.

(4)¹Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter sollen, 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.²Mit Einverständnis des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.

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

(5a)¹Bei der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen.²Mit diesen Informationen sollen eine umfassende Beratung und das Erstellen eines individuellen Versorgungsplans nach § 7a, das Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 des Fünften Buches und eine individuelle Pflegeplanung sowie eine sachgerechte Erbringung von Hilfen bei der Haushaltsführung ermöglicht werden.³Hierbei ist im Einzelnen auf die nachfolgenden Kriterien abzustellen:

1. außerhäusliche Aktivitäten: Verlassen des Bereichs der Wohnung oder der Einrichtung, Fortbewegen außerhalb der Wohnung oder der Einrichtung, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr, Mitfahren in einem Kraftfahrzeug, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, einer Werkstatt für behinderte Menschen

oder Besuch einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege oder eines Tagesbetreuungsangebotes, Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen;

2. Haushaltsführung: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, einfache Aufräum- und Reinigungsarbeiten, aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten.

⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ermächtigt, in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die in Satz 3 genannten Kriterien pflegefachlich unter Berücksichtigung der Ziele nach Satz 2 zu konkretisieren.

(6) ¹Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder ein von der Pflegekasse beauftragter Gutachter hat der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch Übersendung des vollständigen Gutachtens unverzüglich mitzuteilen. ²In seiner oder ihrer Stellungnahme haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter auch das Ergebnis der Prüfung, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, mitzuteilen und Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. ³Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zu treffen und in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. ⁴Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

(6a) ¹Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben gegenüber der Pflegekasse in ihrem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. ²Die Empfehlungen gelten hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen von § 40 dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. ³Die Zustimmung erfolgt gegenüber dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch dokumentiert. ⁴Bezüglich der empfohlenen Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. ⁵Bis zum 31. Dezember 2020 wird auch die Erforderlichkeit der empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 dienen, nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet; insofern bedarf es keiner ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches. ⁶Welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne von Satz 2 den Zielen von § 40 dienen, wird in den Begutachtungs-Richtlinien nach § 17 konkretisiert. ⁷Dabei ist auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 des Fünften Buches über die Verordnung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen. ⁸Die Pflegekasse übermittelt dem Antragsteller unverzüglich die Entscheidung über die empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel.

(7) ¹Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. ²Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen. ³Der 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. ⁴Für andere unabhängige Gutachter gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.

Fußnoten

§ 18 Abs. 1: Früherer Satz 3 aufgeh. durch Art. 2 Nr. 10 Buchst. a DBuchst. cc G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 18 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 4 Buchst. a DBuchst. aa G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012 u. d. Art. 2 Nr. 10 Buchst. a DBuchst. aa G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 18 Abs. 1 Satz 2: IdF d. Art. 2 Nr. 10 Buchst. a DBuchst. bb G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 18 Abs. 1 Satz 3: Früherer Satz 3 idF d. Art. 1 Nr. 9 Buchst. a DBuchst. bb G v. 28.5.2008 | 874

mWv 1.7.2008; früherer Satz 3 wurde Satz 4 gem. Art. 1 Nr. 13 Buchst. a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv

1.1.2016; jetzt wieder Satz 3 gem. Art. 2 Nr. 10 Buchst. a DBuchst. cc G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 18 Abs. 1 Satz 4: Früherer Satz 4 eingef. durch Art. 6 Nr. 2 Buchst. a G v. 17.7.2015 | 1368 mWv 25.7.2015; Satz 4 wurde Satz 5 gem. Art. 1 Nr. 13 Buchst. a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016; jetzt wieder Satz 4 gem. Art. 2 Nr. 10 Buchst. a DBuchst. cc G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 18 Abs. 1a: Eingef. durch Art. 2a Nr. 2 Buchst. a G v. 11.10.2016 | 2233 mWv 1.1.2017

§ 18 Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 4 Buchst. b G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 18 Abs. 2a bis 2c: Eingef. durch Art. 1 Nr. 13 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 18 Abs. 3: IdF d. Art. 1 Nr. 9 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 18 Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 4 Buchst. c DBuchst. aa G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 18 Abs. 3 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 4 Buchst. c DBuchst. bb G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012 u. d. Art. 1 Nr. 13 Buchst. c G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 2: IdF d. Art. 3 Nr. 1 G v. 6.12.2011 | 2564 mWv 1.1.2012

§ 18 Abs. 3 Satz 3 Nr. 3: Eingef. durch Art. 3 Nr. 1 G v. 6.12.2011 | 2564 mWv 1.1.2012

§ 18 Abs. 3 Satz 5: IdF d. Art. 1 Nr. 4 Buchst. c DBuchst. cc G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 18 Abs. 3 Satz 7: IdF d. Art. 1 Nr. 4 Buchst. c DBuchst. dd G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 18 Abs. 3 Satz 8 bis 11: Früher Satz 8 u. 9 gem. u. idF d. Art. 2 Nr. 10 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 18 Abs. 3 Satz 12 (früher Satz 10): Eingef. durch Art. 1 Nr. 4 Buchst. c DBuchst. ee G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012; jetzt Satz 12 gem. Art. 2 Nr. 10 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 18 Abs. 3a: Eingef. durch Art. 1 Nr. 4 Buchst. d G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 1.6.2013

§ 18 Abs. 3a Satz 1 Nr. 2: IdF d. Art. 1 Nr. 13 Buchst. d G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 18 Abs. 3a Satz 6: Eingef. durch Art. 1 Nr. 3a G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 18 Abs. 3a Satz 8 bis 11: Früher Satz 8 u. 9 gem. u. idF d. Art. 2 Nr. 10 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 18 Abs. 3a Satz 12: Früher Satz 10 gem. Art. 2 Nr. 10 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 18 Abs. 3b: Eingef. durch Art. 1 Nr. 4 Buchst. d G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 18 Abs. 3b Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 13 Buchst. e G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 18 Abs. 3b Satz 2: IdF d. Art. 2 Nr. 10 Buchst. c DBuchst. aa G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 18 Abs. 3b Satz 5: Eingef. durch Art. 2a Nr. 2 Buchst. b G v. 11.10.2016 | 2233 mWv 1.11.2016

§ 18 Abs. 3b: Früherer Satz 5 eingef. durch Art. 2 Nr. 10 Buchst. c DBuchst. bb G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017; Art. 2 Nr. 10 Buchst. c DBuchst. bb aufgeh. durch Art. 2b G v. 11.10.2016 | 2233 mWv 1.1.2017

§ 18 Abs. 4: Früher Abs. 3 gem. Art. 10 Nr. 9 Buchst. d nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 | 1046 mWv 1.7.2001

§ 18 Abs. 4 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 4 Buchst. e G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 18 Abs. 4 Satz 2: Eingef. durch Art. 1 Nr. 2a Buchst. c G v. 9.9.2001 | 2320 mWv 1.1.2002

§ 18 Abs. 5: Früher Abs. 4 gem. Art. 10 Nr. 9 Buchst. d nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 | 1046 mWv 1.7.2001

§ 18 Abs. 5 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 4 Buchst. f G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 18 Abs. 5a: Eingef. durch Art. 2 Nr. 10 Buchst. d G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 18 Abs. 6: IdF d. Art. 1 Nr. 9 Buchst. c G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 18 Abs. 6 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 6b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 18 Abs. 6 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 4 Buchst. g DBuchst. bb G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 18 Abs. 6 Satz 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 4 Buchst. g DBuchst. cc G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012; idF d. Art. 6 Nr. 2 Buchst. b G v. 17.7.2015 | 1368 mWv 25.7.2015 u. d. Art. 1 Nr. 13 Buchst. f G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 18 Abs. 6 Satz 4: Früher Satz 3 gem. Art. 1 Nr. 4 Buchst. g DBuchst. cc G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 18 Abs. 6a: Eingef. durch Art. 2 Nr. 10 Buchst. e G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 18 Abs. 6a Satz 3: IdF d. Art. 10 Nr. 2 G v. 6.5.2019 | 646 mWv 11.5.2019

§ 18 Abs. 7: Früher Abs. 6 gem. Art. 10 Nr. 9 Buchst. d nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 | 1046 mWv 1.7.2001

§ 18 Abs. 7 Satz 2: Eingef. durch Art. 1 Nr. 9 Buchst. d G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 18 Abs. 7 Satz 3: Früher Satz 2 gem. Art. 1 Nr. 9 Buchst. d G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 18 Abs. 7 Satz 4: Eingef. durch Art. 1 Nr. 4 Buchst. h G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten

(1) ¹Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit leitet die Pflegekasse dem Antragsteller die gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter zu und nimmt umfassend und begründet dazu

Stellung, inwieweit auf der Grundlage der Empfehlung die Durchführung einer Maßnahme zur Prävention oder zur medizinischen Rehabilitation angezeigt ist.²Die Pflegekasse hat den Antragsteller zusätzlich darüber zu informieren, dass mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches ausgelöst wird, sofern der Antragsteller in dieses Verfahren einwilligt.

(2)¹Die Pflegekassen berichten für die Geschäftsjahre ab 2013 jährlich über die Anwendung eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung und die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung oder der beauftragten Gutachter zur medizinischen Rehabilitation.²Hierzu wird insbesondere Folgendes gemeldet:

1. die Anzahl der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten Gutachter für Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit,
2. die Anzahl der Anträge an den zuständigen Rehabilitationsträger gemäß § 31 Absatz 3 in Verbindung mit § 14 des Neunten Buches,
3. die Anzahl der genehmigten und die Anzahl der abgelehnten Leistungsentscheidungen der zuständigen Rehabilitationsträger einschließlich der Gründe für Ablehnungen sowie die Anzahl der Widersprüche und
4. die Anzahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen.

³Die Meldung durch die Pflegekassen erfolgt bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen.⁴Näheres über das Meldeverfahren und die Inhalte entwickelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

(3)¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bereitet die Daten auf und leitet die aufbereiteten und auf Plausibilität geprüften Daten bis zum 30. Juni des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem Bundesministerium für Gesundheit zu.²Der Verband hat die aufbereiteten Daten der landesunmittelbaren Versicherungsträger auch den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder den von diesen bestimmten Stellen auf Verlangen zuzuleiten.³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veröffentlicht auf Basis der gemeldeten Daten sowie sonstiger Erkenntnisse jährlich einen Bericht bis zum 1. September des dem Berichtsjahr folgenden Jahres.

Fußnoten

§ 18a: Eingef. durch Art. 1 Nr. 5 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 18a Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 6 Nr. 3 G v. 17.7.2015 | 1368 mWv 25.7.2015

§ 18a Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 14 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016 u. d. Art. 10 Nr. 3 G v. 6.5.2019 | 646 mWv 11.5.2019

§ 18b Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren

(1)¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken, bis zum 31. März 2013 für alle Medizinischen Dienste verbindliche Richtlinien.²Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen sind zu beteiligen.

(2) Die Richtlinien regeln insbesondere

1. allgemeine Verhaltensgrundsätze für alle unter der Verantwortung der Medizinischen Dienste am Begutachtungsverfahren Beteiligten,
2. die Pflicht der Medizinischen Dienste zur individuellen und umfassenden Information des Versicherten über das Begutachtungsverfahren, insbesondere über den Ablauf, die Rechtsgrundlagen und Beschwerdemöglichkeiten,

3. die regelhafte Durchführung von Versichertenbefragungen und
4. ein einheitliches Verfahren zum Umgang mit Beschwerden, die das Verhalten der Mitarbeiter der Medizinischen Dienste oder das Verfahren bei der Begutachtung betreffen.

(3) ¹Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. ²Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. ³Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

Fußnoten

§ 18b: Eingef. durch Art. 1 Nr. 5 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 18c Fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(1) ¹Das Bundesministerium für Gesundheit richtet im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein Begleitgremium ein, das die Vorbereitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14, 15 und 18 Absatz 5a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mit pflegefachlicher und wissenschaftlicher Kompetenz unterstützt. ²Aufgabe des Begleitgremiums ist, das Bundesministerium für Gesundheit bei der Klärung fachlicher Fragen zu beraten und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bei der Vorbereitung der Umstellung zu unterstützen. ³Dem Begleitgremium wird ab dem 1. Januar 2017 zusätzlich die Aufgabe übertragen, das Bundesministerium für Gesundheit bei der Klärung fachlicher Fragen zu beraten, die nach der Umstellung im Zuge der Umsetzung auftreten.

(2) ¹Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt eine begleitende wissenschaftliche Evaluation insbesondere zu Maßnahmen und Ergebnissen der Vorbereitung und der Umsetzung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14, 15 und 18 Absatz 5a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung. ²Die Auftragserteilung erfolgt im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, soweit Auswirkungen auf andere Sozialleistungssysteme aus dem Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales untersucht werden. ³Im Rahmen der Evaluation sind insbesondere Erfahrungen und Auswirkungen hinsichtlich der folgenden Aspekte zu untersuchen:

1. Leistungsentscheidungsverfahren und Leistungsentscheidungen bei Pflegekassen und Medizinischen Diensten, beispielsweise Bearbeitungsfristen und Übermittlung von Ergebnissen;
2. Umsetzung der Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren;
3. Leistungsentscheidungsverfahren und Leistungsentscheidungen anderer Sozialleistungsträger, soweit diese pflegebedürftige Personen betreffen;
4. Umgang mit dem neuen Begutachtungsinstrument bei pflegebedürftigen Antragstellern, beispielsweise Antragsverhalten und Informationsstand;
5. Entwicklung der ambulanten Pflegevergütungen und der stationären Pflegesätze einschließlich der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile;
6. Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, den pflegefachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und in der stationären Pflege unter Berücksichtigung unterschiedlicher Gruppen von Pflegebedürftigen und Versorgungskonstellationen einschließlich derjenigen von pflegebedürftigen Personen, die im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen versorgt werden.

⁴Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist bis zum 1. Januar 2020 zu veröffentlichen. ⁵Dem Bundesministerium für Gesundheit sind auf Verlangen Zwischenberichte vorzulegen.

Fußnoten

§ 18c: Eingef. durch Art. 1 Nr. 15 G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 19 Begriff der Pflegepersonen

¹Pflegepersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen. ²Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt.

Fußnoten

§ 19 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 8 G v. 14.6.1996 I 830 mWv 25.6.1996

§ 19 Satz 2: Eingef. durch Art. 1 Nr. 8 G v. 14.6.1996 I 830 mWv 25.6.1996; idF d. Art. 1 Nr. 6 G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 1.1.2013 u. d. Art. 2 Nr. 11 G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

Drittes Kapitel Versicherungspflichtiger Personenkreis

§ 20 Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

(1) ¹Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung sind die versicherungspflichtigen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. ²Dies sind:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind; für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch bleibt die Versicherungspflicht unberührt,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,
- 2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden,
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 Menschen für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Berufsfindung oder Arbeiterprobung, es sei denn, die Leistungen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches tätig sind,
8. Behinderte Menschen, 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 ohne Arbeitsentgelt 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, 11a, 11b oder 12 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
12. Personen, die, weil sie bisher keinen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hatten, nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

(2) ¹Als 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. ²Satz 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.

(2a) Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

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

(4) ¹Nehmen 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 untergeordneter 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. ²Dies gilt insbesondere für eine Beschäftigung bei Familienangehörigen oder Lebenspartnern.

Fußnoten

§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1: IdF d. Art. 10 Nr. 1 G v. 24.3.1997 | 594 mWv 1.1.1998 u. d. Art. 8 Nr. 1 G v. 24.4.2006 | 926 mWv 1.1.2007

§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2: IdF d. Art. 1c G v. 4.4.2017 | 778 mWv 1.8.2017

§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a: Eingef. durch Art. 11 Nr. 2 G v. 24.12.2003 | 2954 mWv 1.1.2005; idF d. Art. 12 Abs. 7 G v. 24.3.2011 | 453 mWv 1.1.2011 u. d. Art. 6 Nr. 1 G v. 21.7.2014 | 1133 mWv 1.1.2016

§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5: IdF d. Art. 10 Nr. 10 Buchst. a nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 | 1046 mWv 1.7.2001

§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6: IdF d. Art. 10 Nr. 10 Buchst. b nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 | 1046 mWv 1.7.2001

§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7: IdF d. Art. 10 Nr. 10 Buchst. c nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 | 1046 mWv 1.7.2001, d. Art. 28 Abs. 5 G v. 7.9.2007 | 2246 mWv 14.9.2007 u. d. Art. 10 Nr. 4 G v. 23.12.2016 | 3234 mWv 1.1.2018

§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8: IdF d. Art. 10 Nr. 10 Buchst. d nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 | 1046 mWv 1.7.2001

§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10: IdF d. Art. 3 Nr. 1 Buchst. a G v. 22.12.1999 | 2626 mWv 1.1.2000

§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 11: IdF d. Art. 4 G v. 13.6.2001 | 1027 mWv 1.7.2001, d. Art. 8 Nr. 6 G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.4.2007 u. d. Art. 1c G v. 21.12.2015 | 2408 mWv 1.1.2017

§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12: Eingef. durch Art. 8 Nr. 6 G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.4.2007; idF d. Art. 8 Abs. 3 G v. 18.12.2007 | 2984 mWv 1.4.2007

§ 20 Abs. 2a: Eingef. durch Art. 3 Nr. 1 Buchst. b G v. 22.12.1999 I 2626 mWv 1.1.2000
§ 20 Abs. 4 Satz 2: IdF d. Art. 3 § 56 Nr. 3 G v. 16.2.2001 I 266 mWv 1.8.2001

§ 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) ¹Personen, 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 oder Lebenspartner, die bei Versicherungspflicht nach § 25 versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind.

²Die befreiten Personen sind verpflichtet, den Versicherungsvertrag aufrechtzuerhalten, solange sie krankenversichert sind. ³Personen, die bei Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen erhalten, sind zum Abschluß einer entsprechenden anteiligen Versicherung im Sinne des Satzes 1 verpflichtet.

(2) ¹Der Antrag kann nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse gestellt werden. ²Die 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. ³Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.

Fußnoten

§ 22 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 3 § 56 Nr. 4 G v. 16.2.2001 I 266 mWv 1.8.2001

§ 23 Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen

(1) ¹Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen oder im Rahmen von Versicherungsverträgen, die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, versichert sind, sind vorbehaltlich des Absatzes 2 verpflichtet, bei diesem Unternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten. ²Der Vertrag muß ab dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht für sie selbst und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, 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. ³Dabei tritt an die Stelle der Sachleistungen eine der Höhe nach gleiche Kostenerstattung.

(2) ¹Der Vertrag nach Absatz 1 kann auch bei einem anderen privaten Versicherungsunternehmen abgeschlossen werden. ²Das Wahlrecht ist innerhalb von sechs Monaten auszuüben. ³Die Frist beginnt mit dem Eintritt der individuellen Versicherungspflicht. ⁴Das Recht zur Kündigung des Vertrages wird durch den Ablauf der Frist nicht berührt; bei fortbestehender Versicherungspflicht nach Absatz 1 wird eine Kündigung des Vertrages jedoch erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(3) ¹Personen, 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. ²Die beihilfekonforme Versicherung ist so auszugestalten, daß ihre Vertragsleistungen zusammen mit den Beihilfeleistungen, die sich bei Anwendung der in § 46 Absatz 2 und 3 der Bundesbeihilfeverordnung festgelegten Bemessungssätze ergeben, den in Absatz 1 Satz 2 vorgeschriebenen Versicherungsschutz gewährleisten.

(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 § 44 des Siebten Buches, nach § 34 des Beamtenversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen erhalten, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, sofern sie keine Familienangehörigen oder Lebenspartner 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 einem Pflegegrad 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 oder Lebenspartner auf die Wartezeit anzurechnen.

Fußnoten

§ 23 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 10 Buchst. a G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.1.2009

§ 23 Abs. 1 Satz 2: IdF d. Art. 3 § 56 Nr. 5 Buchst. a G v. 16.2.2001 I 266 mWv 1.8.2001

§ 23 Abs. 2 Satz 4: IdF d. Art. 1 Nr. 10 Buchst. b G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 23 Abs. 3 Satz 2: Eingef. durch Art. 1 Nr. 9 G v. 14.6.1996 I 830 mWv 25.6.1996; idF d. Art. 1 Nr. 7 G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 30.10.2012

§ 23 Abs. 5: IdF d. Art. 7 Nr. 1 G v. 7.8.1996 I 1254 mWv 1.1.1997 u. d. Art. 3 § 56 Nr. 5 Buchst. b G v. 16.2.2001 I 266 mWv 1.8.2001

§ 23 Abs. 6 Nr. 1: IdF d. Art. 2 Nr. 12 G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

§ 23 Abs. 6 Nr. 2: IdF d. Art. 3 § 56 Nr. 5 Buchst. c G v. 16.2.2001 I 266 mWv 1.8.2001

§ 24 Versicherungspflicht der Abgeordneten

¹Mitglieder 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. ²Das gleiche gilt für die Bezieher von Versorgungsleistungen nach den jeweiligen Abgeordnetengesetzen des Bundes und der Länder.

§ 25 Familienversicherung

(1) ¹Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, 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 Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro.

²§ 7 Abs. 1 Satz 3 und 4 und Abs. 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gelten entsprechend.

(2) ¹Kinder 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 oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes oder Bundesfreiwilligendienst 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; dies gilt auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten,
4. ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches) außerstande sind, sich selbst zu unterhalten; Voraussetzung ist, daß die Behinderung (§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches) zu einem Zeitpunkt vorlag, in dem das Kind innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war.

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

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner 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 Jahresarbeitsentgeltgrenze nach dem Fünften Buch übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) ¹Die Versicherung nach Absatz 2 Nr. 1, 2 und 3 bleibt bei Personen, die auf Grund gesetzlicher Pflicht Wehrdienst oder Zivildienst oder die Dienstleistungen oder Übungen nach dem Vierten Abschnitt des Soldatengesetzes leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen. ²Dies gilt auch für Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes.

Fußnoten

§ 25 Abs. 1 Satz 1 Eingangssatz: IdF d. Art. 3 § 56 Nr. 6 Buchst. a G v. 16.2.2001 | 266 mWv 1.8.2001 u. d. Art. 9a Nr. 1 G v. 21.3.2005 | 818 mWv 30.3.2005

§ 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5: IdF d. Art. 3 Nr. 2 Buchst. a G v. 22.12.1999 | 2626 mWv 1.1.2000, d. Art. 2 Nr. 1 G v. 23.10.2001 | 2702 mWv 1.1.2002, d. Art. 6 Nr. 1 G v. 23.12.2002 | 4621 mWv 1.4.2003, d. Art. 5 Nr. 1 G v. 5.12.2012 | 2474 mWv 1.1.2013 u. d. Art. 10 Nr. 4 Buchst. a G v. 6.5.2019 | 646 mWv 11.5.2019

§ 25 Abs. 1 Satz 2: IdF d. Art. 3 Nr. 2 Buchst. b G v. 22.12.1999 | 2626 mWv 1.1.2000, d. Art. 5 G v. 10.12.2008 | 2403 mWv 16.12.2008 u. d. Art. 5 Nr. 1 G v. 11.12.2018 | 2387 mWv 1.1.2019

§ 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3: IdF d. Art. 12 G v. 28.4.2011 | 687 mWv 3.5.2011, d. Art. 4 Nr. 01 G v. 22.12.2011 | 2983 mWv 1.1.2012, d. Art. 2 Abs. 14 G v. 8.4.2013 | 730 mWv 13.4.2013 u. d. Art. 10 Nr. 4 Buchst. b DBuchst. aa G v. 6.5.2019 | 646 mWv 11.5.2019

§ 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4: IdF d. Art. 10 Nr. 11 nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 | 1046 mWv 1.7.2001 u. d. Art. 10 Nr. 4 Buchst. b DBuchst. bb G v. 6.5.2019 | 646 mWv 11.5.2019

§ 25 Abs. 3: IdF d. Art. 3 § 56 Nr. 6 Buchst. b G v. 16.2.2001 | 266 mWv 1.8.2001 u. d. Art. 1 Nr. 11 G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 25 Abs. 4 Satz 1 (früher einziger Text): IdF d. Art. 16 G v. 19.12.2000 | 1815 mWv 24.12.2000 u. d. Art. 22 G v. 22.4.2005 | 1106 mWv 30.4.2005

§ 25 Abs. 4 Satz 2: Eingef. durch § 22 Abs. 10 G v. 12.12.2007 | 2861 mWv 18.12.2007

§ 26 Weiterversicherung

(1) ¹Personen, 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. ²Dies gilt auch für Personen, deren Familienversicherung nach § 25 erlischt oder nur deswegen nicht besteht, weil die Voraussetzungen des § 25 Abs. 3 vorliegen. ³Der 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) ¹Personen, die wegen der Verlegung ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland aus der Versicherungspflicht ausscheiden, können sich auf Antrag weiterversichern. ²Der Antrag ist bis spätestens einen Monat nach Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse zu stellen, bei der die Versicherung zuletzt bestand. ³Die Weiterversicherung erstreckt sich auch auf die nach § 25 versicherten Familienangehörigen oder Lebenspartner, die gemeinsam mit dem Mitglied ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in das Ausland verlegen. ⁴Für Familienangehörige oder Lebenspartner, die im Inland verbleiben, endet die Familienversicherung nach § 25 mit dem Tag, an dem das Mitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt.

Fußnoten

§ 26 Abs. 2 Satz 3 u. 4: IdF d. Art. 3 § 56 Nr. 7 G v. 16.2.2001 | 266 mWv 1.8.2001

§ 26a Beitrittsrecht

(1) ¹Personen mit Wohnsitz im Inland, die nicht pflegeversichert sind, weil sie zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 trotz Wohnsitz im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht oder der Mitversicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erfüllten, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. ²Ausgenommen sind Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch beziehen sowie Personen, die nicht selbst in der Lage sind, einen Beitrag zu zahlen. ³Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären; er bewirkt einen Versicherungsbeginn rückwirkend zum 1. April 2001. ⁴Die Vorversicherungszeiten nach § 33 Abs. 2 gelten als erfüllt. ⁵Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 1 Anwendung.

(2) ¹Personen mit Wohnsitz im Inland, die erst ab einem Zeitpunkt nach dem 1. Januar 1995 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht pflegeversichert sind und keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. ²Vom Beitrittsrecht ausgenommen sind die in Absatz 1 Satz 2 genannten Personen sowie Personen, die nur deswegen nicht pflegeversichert sind, weil sie nach dem 1. Januar 1995 ohne zwingenden Grund eine private Kranken- und Pflegeversicherung aufgegeben oder von einer möglichen Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in der sozialen Pflegeversicherung keinen Gebrauch gemacht haben. ³Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären. ⁴Er bewirkt einen Versicherungsbeginn zum 1. Januar 2002. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung.

(3) ¹Ab dem 1. Juli 2002 besteht ein Beitrittsrecht zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung nur für nicht pflegeversicherte Personen, die als Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer bei Wohnsitznahme im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie für nicht versicherungspflichtige Personen mit Wohnsitz im Inland, bei denen die Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 entfallen sind. ²Der Beitritt ist gegenüber der nach § 48 Abs. 2 gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen schriftlich innerhalb von drei Monaten nach Wohnsitznahme im Inland oder nach Wegfall der Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 mit Wirkung vom 1. des Monats zu erklären, der auf die Beitrittsklärung folgt. ³Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung. ⁴Das Beitrittsrecht nach Satz 1 ist nicht gegeben in Fällen, in denen ohne zwingenden Grund von den in den Absätzen 1 und 2 geregelten Beitrittsrechten kein Gebrauch gemacht worden ist oder in denen die in Absatz 2 Satz 2 aufgeführten Ausschlussgründe vorliegen.

Fußnoten

§ 26a: Eingef. durch Art. 1 Nr. 1c G v. 14.12.2001 I 3728 mWv 1.1.2002

§ 26a Abs. 1 Satz 2: IdF d. Art. 10 Nr. 3 G v. 27.12.2003 I 3022 mWv 1.1.2005

§ 27 Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages

¹Personen, 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. ²Das Kündigungsrecht gilt auch für Familienangehörige oder Lebenspartner, wenn für sie eine Familienversicherung nach § 25 eintritt. ³§ 5 Absatz 9 des Fünften Buches gilt entsprechend.

Fußnoten

§ 27 Satz 2: IdF d. Art. 3 § 56 Nr. 8 G v. 16.2.2001 I 266 mWv 1.8.2001

§ 27 Satz 3: Eingef. durch Art. 3 Nr. 3 G v. 22.12.1999 I 2626 mWv 1.1.2000; idF d. Art. 1 Nr. 8 G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 30.10.2012

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 wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40),
6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),
7. Kurzzeitpflege (§ 42),
8. vollstationäre Pflege (§ 43),
9. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a),
- 9a. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b),
10. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),
11. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 44a),
12. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),
- 12a. Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45a),
13. Entlastungsbetrag (§ 45b),
14. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches,
15. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a).

(1a) Versicherte haben gegenüber ihrer Pflegekasse oder ihrem Versicherungsunternehmen Anspruch auf Pflegeberatung (§ 7a).

(1b) Bis zum Erreichen des in § 45e Absatz 2 Satz 2 genannten Zeitpunkts haben Pflegebedürftige unter den Voraussetzungen des § 45e Absatz 1 Anspruch auf Anschubfinanzierung bei Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen.

(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) Pflege schließt Sterbebegleitung mit ein; Leistungen anderer Sozialleistungsträger bleiben unberührt.

Fußnoten

§ 28 Abs. 1 Nr. 5: IdF d. Art. 1 Nr. 9 Buchst. a DBuchst. aa G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 28 Abs. 1 Nr. 9: Eingef. durch Art. 1 Nr. 10 Buchst. a G v. 14.6.1996 | 830 mWv 25.6.1996; idF d. Art. 10 Nr. 12 nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 | 1046 mWv 1.7.2001

§ 28 Abs. 1 Nr. 9a: Eingef. durch Art. 2 Nr. 13 Buchst. a DBuchst. aa G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 28 Abs. 1 Nr. 10: Früher Nr. 9 gem. Art. 1 Nr. 10 Buchst. b G v. 14.6.1996 | 830 mWv 25.6.1996

§ 28 Abs. 1 Nr. 11: IdF d. Art. 1 Nr. 12 Buchst. a DBuchst. aa G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008 u. d. Art. 8 Nr. 2 G v. 23.12.2014 | 2462 mWv 1.1.2015

§ 28 Abs. 1 Nr. 12: IdF d. Art. 1 Nr. 12 Buchst. a DBuchst. aa G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 28 Abs. 1 Nr. 12a: Eingef. durch Art. 2 Nr. 13 Buchst. a DBuchst. bb G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 28 Abs. 1 Nr. 13: IdF d. Art. 2 Nr. 13 Buchst. a DBuchst. cc G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 28 Abs. 1 Nr. 14: Eingef. durch Art. 1 Nr. 12 Buchst. a DBuchst. bb G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008; idF d. Art. 1 Nr. 9 Buchst. a DBuchst. bb G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012 u. d. Art. 10 Nr. 5 G v. 23.12.2016 | 3234 mWv 1.1.2018

§ 28 Abs. 1 Nr. 15: Eingef. durch Art. 1 Nr. 9 Buchst. a DBuchst. bb G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 28 Abs. 1a: Eingef. durch Art. 1 Nr. 12 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.1.2009

§ 28 Abs. 1b: Eingef. durch Art. 1 Nr. 9 Buchst. b G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012; früherer Satz 2 aufgeh. durch Art. 2 Nr. 13 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017
§ 28 Abs. 1b Satz 2: Eingef. durch Art. 1 Nr. 9 Buchst. c G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 1.1.2013
§ 28 Abs. 4 (früher Abs. 5): Eingef. durch Art. 3 Nr. 1 G v. 1.12.2015 | 2114 mWv 8.12.2015; früherer Abs. 4 aufgeh., früherer Abs. 5 jetzt Abs. 4 gem. Art. 2 Nr. 13 Buchst. c u. d G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 28a Leistungen bei Pflegegrad 1

(1) Abweichend von § 28 Absatz 1 und 1a gewährt die Pflegeversicherung bei Pflegegrad 1 folgende Leistungen:

1. Pflegeberatung gemäß den §§ 7a und 7b,
2. Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3,
3. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a, ohne dass § 38a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfüllt sein muss,
4. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Absatz 1 bis 3 und 5,
5. finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds gemäß § 40 Absatz 4,
6. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b,
7. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44a,
8. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45.

(2) ¹Zudem gewährt die Pflegeversicherung den Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 in Höhe von 125 Euro monatlich. ²Dieser kann gemäß § 45b im Wege der Erstattung von Kosten eingesetzt werden, die dem Versicherten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege, von Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 sowie von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a Absatz 1 und 2 entstehen.

(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, gewährt die Pflegeversicherung gemäß § 43 Absatz 3 einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.

Fußnoten

§ 28a: Eingef. durch Art. 2 Nr. 14 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017
§ 28a Abs. 1 Nr. 3: IdF d. Art. 1 Nr. 7 Buchst. a G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
§ 28a Abs. 1 Nr. 7: Eingef. durch Art. 1 Nr. 7 Buchst. b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
§ 28a Abs. 1 Nr. 8: Früher Nr. 7 gem. Art. 1 Nr. 7 Buchst. c G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

Zweiter Abschnitt Gemeinsame Vorschriften

§ 29 Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) ¹Die Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. ²Leistungen, 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, Verordnungsermächtigung

(1) ¹Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre, erneut im Jahre 2020, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. ²Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren; dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. ³Bei der Prüfung können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden. ⁴Die Bundesregierung legt den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe vor.

(2) ¹Die Bundesregierung wird ermächtigt, nach Vorlage des Berichts unter Berücksichtigung etwaiger Stellungnahmen der gesetzgebenden Körperschaften des Bundes die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zum 1. Januar des Folgejahres anzupassen. ²Die Rechtsverordnung soll frühestens zwei Monate nach Vorlage des Berichts erlassen werden, um den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Fußnoten

§ 30: IdF d. Art. 1 Nr. 13 G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 30 Überschrift: IdF d. Art. 1 Nr. 5 Buchst. a G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 30 Abs. 1: Früher Satz 1 bis 4 gem. Art. 1 Nr. 5 Buchst. b G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 30 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 5 Buchst. b G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015 u. d. Art. 1 Nr. 16 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 30 Abs. 2: Früher Satz 5 u. 6 gem. Art. 1 Nr. 5 Buchst. c G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 30 Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 11 Nr. 4 G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

§ 31 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

(1) ¹Die Pflegekassen prüfen im Einzelfall, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen geeignet und zumutbar sind, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. ²Werden Leistungen nach diesem Buch gewährt, ist bei Nachuntersuchungen die Frage geeigneter und zumutbarer Leistungen zur medizinischen 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) ¹Wenn eine Pflegekasse durch die gutachterlichen Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (§ 18 Abs. 6) oder auf sonstige Weise feststellt, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, informiert sie unverzüglich den Versicherten sowie mit dessen Einwilligung den behandelnden Arzt und leitet mit Einwilligung des Versicherten eine entsprechende Mitteilung dem zuständigen Rehabilitationsträger zu. ²Die Pflegekasse weist den Versicherten gleichzeitig auf seine Eigenverantwortung und Mitwirkungspflicht hin. ³Soweit der Versicherte eingewilligt hat, gilt die Mitteilung an den Rehabilitationsträger als Antragstellung für das Verfahren nach § 14 des Neunten Buches. ⁴Die Pflegekasse ist über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers unverzüglich zu informieren. ⁵Sie prüft in einem angemessenen zeitlichen Abstand, ob entsprechende Maßnahmen durchgeführt worden sind; soweit erforderlich, hat sie vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 32 Abs. 1 zu erbringen.

(4) (weggefallen)

Fußnoten

§ 31 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 10 Nr. 13 Buchst. a nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 | 1046 mWv 1.7.2001

§ 31 Abs. 1 Satz 2: IdF d. Art. 10 Nr. 13 Buchst. b nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 | 1046 mWv 1.7.2001

§ 31 Abs. 3: IdF d. Art. 1 Nr. 14 Buchst. a G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 31 Abs. 4: Aufgeh. durch Art. 1 Nr. 14 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 32 Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Die Pflegekasse erbringt vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, 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 Leistungen gefährdet wäre.

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

Fußnoten

§ 32 Überschrift: IdF d. Art. 10 Nr. 14 Buchst. a nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 I 1046 mWv 1.7.2001

§ 32 Abs. 1: IdF d. Art. 10 Nr. 14 Buchst. b nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 I 1046 mWv 1.7.2001

§ 32 Abs. 2: IdF d. Art. 10 Nr. 14 Buchst. c nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 I 1046 mWv 1.7.2001

§ 33 Leistungsvoraussetzungen

(1) ¹Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag. ²Die Leistungen werden ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. ³Wird der Antrag nicht in dem Kalendermonat, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern später gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt. ⁴Die Zuordnung zu einem Pflegegrad und die Bewilligung von Leistungen können befristet werden und enden mit Ablauf der Frist. ⁵Die Befristung erfolgt, wenn und soweit eine Verringerung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten nach der Einschätzung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu erwarten ist. ⁶Die Befristung kann wiederholt werden und schließt Änderungen bei der Zuordnung zu einem Pflegegrad und bei bewilligten Leistungen im Befristungszeitraum nicht aus, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist. ⁷Der Befristungszeitraum darf insgesamt die Dauer von drei Jahren nicht überschreiten. ⁸Um eine nahtlose Leistungsgewährung sicherzustellen, hat die Pflegekasse vor Ablauf einer Befristung rechtzeitig zu prüfen und dem Pflegebedürftigen sowie der ihn betreuenden Pflegeeinrichtung mitzuteilen, ob Pflegeleistungen weiterhin bewilligt werden und welchem Pflegegrad der Pflegebedürftige zuzuordnen ist.

(2) ¹Anspruch auf Leistungen besteht, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre als Mitglied versichert oder nach § 25 familienversichert war. ²Zeiten der Weiterversicherung nach § 26 Abs. 2 werden bei der Ermittlung der nach Satz 1 erforderlichen Vorversicherungszeit mitberücksichtigt. ³Für 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 oder von Familienversicherung nach § 25 aus der privaten Pflegeversicherung ausscheiden, ist die dort unterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Vorversicherungszeit nach Absatz 2 anzurechnen.

(4) (weggefallen)

Fußnoten

§ 33 Abs. 1 Satz 3: IdF d. Art. 11 Nr. 5 G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019

§ 33 Abs. 1 Satz 4: Eingef. durch Art. 1 Nr. 15 Buchst. a G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008; idF d. Art. 2 Nr. 15 Buchst. a G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

§ 33 Abs. 1 Satz 5: Eingef. durch Art. 1 Nr. 15 Buchst. a G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008; idF d. Art. 2 Nr. 15 Buchst. b G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

§ 33 Abs. 1 Satz 6: Eingef. durch Art. 1 Nr. 15 Buchst. a G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008; idF d. Art. 2 Nr. 15 Buchst. c G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

§ 33 Abs. 1 Satz 7: Eingef. durch Art. 1 Nr. 15 Buchst. a G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 33 Abs. 1 Satz 8: Eingef. durch Art. 1 Nr. 15 Buchst. a G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008; idF d. Art. 2 Nr. 15 Buchst. d G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017
§ 33 Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 17 G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016
§ 33 Abs. 3: IdF d. Art. 5 Nr. 2 G v. 11.12.2018 I 2387 mWv 1.1.2019
§ 33 Abs. 4: Aufgeh. durch Art. 1 Nr. 15 Buchst. c G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 33a Leistungsausschluss

¹Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzsbuchs begeben, um in einer Versicherung nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 oder auf Grund dieser Versicherung in einer Versicherung nach § 25 missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen. ²Das Nähere zur Durchführung regelt die Pflegekasse in ihrer Satzung.

Fußnoten

§ 33a: Eingef. durch Art. 8 Nr. 7 G v. 26.3.2007 I 378 mWv 1.4.2007

§ 34 Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. ²Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. ³Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet,
2. 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. ²Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(1a) Der Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ruht nicht bei pflegebedürftigen Versicherten, die sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz aufhalten.

(2) ¹Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt. ²Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht, oder einer Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches weiter zu zahlen; bei Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen und bei denen § 63b Absatz 6 Satz 1 des Zwölften Buches Anwendung findet, wird das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter gezahlt.

(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach den §§ 44 und 44a ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Fußnoten

§ 34 Abs. 1 Nr. 1: IdF d. Art. 1 Nr. 12 Buchst. a G v. 14.6.1996 I 830 mWv 25.6.1996
§ 34 Abs. 1a: Eingef. durch Art. 7 G v. 22.6.2011 I 1202 mWv 29.6.2011
§ 34 Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 12 Buchst. b DBuchst. aa G v. 14.6.1996 I 830 mWv 25.6.1996 u. d. Art. 2 Nr. 16 Buchst. a G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

§ 34 Abs. 2 Satz 2: IdF d. Art. 3 G v. 30.7.2009 | 2495 mWv 5.8.2009, d. Art. 2 Nr. 1 G v. 20.12.2012 | 2789 mWv 28.12.2012, d. Art. 2 Nr. 16 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017 u. d. Art. 1 Nr. 8 G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 34 Abs. 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 12 Buchst. c G v. 14.6.1996 | 830 mWv 25.6.1996; idF d. Art. 10 Nr. 15 nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 | 1046 mWv 1.7.2001, d. Art. 1 Nr. 16 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008 u. d. Art. 1 Nr. 10 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 35 Erlöschen der Leistungsansprüche

¹Der Anspruch auf Leistungen erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit in diesem Buch nichts Abweichendes bestimmt ist. ²§ 19 Absatz 1a des Fünften Buches gilt entsprechend.

Fußnoten

§ 35 Satz 2: Eingef. durch Art. 4 Nr. 1 G v. 22.12.2011 | 2983 mWv 1.5.2011

§ 35a Teilnahme an einem Persönlichen Budget nach § 29 des Neunten Buches

¹Pflegebedürftigen werden auf Antrag die Leistungen nach den §§ 36, 37 Abs. 1, §§ 38, 40 Abs. 2 und § 41 durch ein Persönliches Budget nach § 29 des Neunten Buches erbracht; bei der Kombinationsleistung nach § 38 ist nur das anteilige und im Voraus bestimmte Pflegegeld als Geldleistung budgetfähig, die Sachleistungen nach den §§ 36, 38 und 41 dürfen nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch berechtigen. ²Der Leistungsträger, der das Persönliche Budget nach § 29 Absatz 3 des Neunten Buches durchführt, hat sicherzustellen, dass eine den Vorschriften dieses Buches entsprechende Leistungsbewilligung und Verwendung der Leistungen durch den Pflegebedürftigen gewährleistet ist. ³Andere als die in Satz 1 genannten Leistungsansprüche bleiben ebenso wie die sonstigen Vorschriften dieses Buches unberührt.

Fußnoten

§ 35a: Eingef. durch Art. 10 Nr. 5 G v. 27.12.2003 | 3022 mWv 1.7.2004

§ 35a Überschrift: IdF d. Art. 10 Nr. 6 Buchst. a G v. 23.12.2016 | 3234 mWv 1.1.2018

§ 35a Satz 1: IdF d. Art. 10 Nr. 6 Buchst. b G v. 23.12.2016 | 3234 mWv 1.1.2018

§ 35a Satz 2: IdF d. Art. 10 Nr. 6 Buchst. c G v. 23.12.2016 | 3234 mWv 1.1.2018

Dritter Abschnitt Leistungen

Erster Titel Leistungen bei häuslicher Pflege

§ 36 Pflegesachleistung

(1) ¹Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). ²Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

(2) ¹Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. ²Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. ³Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere

1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie
3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 689 Euro,
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 298 Euro,
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 612 Euro,
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 995 Euro.

(4) ¹Häusliche Pflegehilfe ist auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie ist nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 gepflegt werden. ²Häusliche 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. ³Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden. ⁴Mehrere Pflegebedürftige können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.

Fußnoten

§ 36: IdF d. Art. 2 Nr. 17 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

(1) ¹Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. ²Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. ³Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

1. 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

(2) ¹Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. ²Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. ³Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. ⁴§ 118 Abs. 3 und 4 des Sechsten Buches gilt entsprechend, wenn für die Zeit nach dem Monat, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist, Pflegegeld überwiesen wurde.

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

1. bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich einmal,
2. bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich einmal

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch einen zugelassenen Pflegedienst, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. ²Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. ³Die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden sind bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungs- und Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen. ⁴Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. ⁵Die Höhe der Vergütung für die Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachkraft vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 Absatz 1 und 3 mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes oder mit der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5. ⁶Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden. ⁷Über die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften entscheiden ab dem Jahr 2020 die Landesverbände der Pflegekassen unter Zugrundelegung der im jeweiligen Land nach Satz 5 und 6 vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres. ⁸Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen. ⁹Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch abzurufen. ¹⁰Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; für die Vergütung der Beratung gelten die Sätze 4 bis 9.

(4) ¹Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. ²Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. ³Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen. ⁴Diese haben eine weitergehende Beratung nach § 7a anzubieten. ⁵Der beauftragte Pflegedienst und die anerkannte Beratungsstelle haben dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. ⁶Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.

(5) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 beschließen gemäß § 113b bis zum 1. Januar 2018 unter Beachtung der in Absatz 4 festgelegten Anforderungen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3. ²Die Empfehlungen enthalten Ausführungen wenigstens

1. zu Beratungsstandards,
2. zur erforderlichen Qualifikation der Beratungspersonen sowie
3. zu erforderlichenfalls einzuleitenden Maßnahmen im Einzelfall.

³Fordert das Bundesministerium für Gesundheit oder eine Vertragspartei nach § 113 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Vertragsparteien schriftlich zum Beschluss neuer Empfehlungen nach Satz 1 auf, sind diese innerhalb von sechs Monaten nach Eingang der Aufforderung neu zu beschließen. ⁴Die Empfehlungen gelten für die anerkannten Beratungsstellen entsprechend.

(5a) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 1. Januar 2020 Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen. ²Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. ³Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. ⁴Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

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

(7) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen haben neutrale und unabhängige Beratungsstellen zur Durchführung der Beratung nach den Absätzen 3 und 4 anzuerkennen. ²Dem Antrag auf Anerkennung ist ein Nachweis über die erforderliche pflegefachliche Kompetenz der Beratungsstelle und ein Konzept zur Qualitätssicherung des Beratungsangebotes beizufügen. ³Die Landesverbände der Pflegekassen regeln das Nähere zur Anerkennung der Beratungsstellen.

(8) ¹Die Beratungsbesuche nach Absatz 3 können auch von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern im Sinne des § 7a oder von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen, durchgeführt werden. ²Absatz 4 findet entsprechende Anwendung. ³Die Inhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 5 sind zu beachten.

(9) Beratungsbesuche nach Absatz 3 dürfen von Betreuungsdiensten im Sinne des § 71 Absatz 1a nicht durchgeführt werden.

Fußnoten

§ 37 Abs. 1: IdF d. Art. 2 Nr. 18 Buchst. a G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

§ 37 Abs. 2 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 18 G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 37 Abs. 2 Satz 3 (früher Satz 2): Eingef. durch Art. 1 Nr. 2 Buchst. a G v. 21.7.1999 I 1656 mWv 1.8.1999; früherer Satz 2 jetzt Satz 3 gem. Art. 1 Nr. 11 G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 30.10.2012

§ 37 Abs. 2 Satz 4 (früher Satz 3): Eingef. durch Art. 1 Nr. 18 Buchst. b G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008; früherer Satz 3 jetzt Satz 4 gem. Art. 1 Nr. 11 G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 30.10.2012

§ 37 Abs. 3: IdF d. Art. 1 Nr. 2 Buchst. a G v. 14.12.2001 I 3728 mWv 1.1.2002; früherer Satz 7 aufgeh. durch Art. 2 Nr. 18 Buchst. b DBuchst. cc G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

§ 37 Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 18 Buchst. c DBuchst. aa G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 37 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1: IdF d. Art. 2 Nr. 18 Buchst. b DBuchst. aa aaa G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

§ 37 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2: IdF d. Art. 2 Nr. 18 Buchst. b DBuchst. aa bbb G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

§ 37 Abs. 3 Satz 1 Schlusssatz: IdF d. Art. 11 Nr. 6 Buchst. a DBuchst. aa G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019

§ 37 Abs. 3 Satz 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 10 Buchst. a DBuchst. aa G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017

§ 37 Abs. 3 Satz 4: Früherer Satz 3 jetzt Satz 4 gem. Art. 1 Nr. 10 Buchst. a DBuchst. aa G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017

§ 37 Abs. 3 Satz 5 bis 8 (früher Satz 5): Früherer Satz 4 jetzt Satz 5 gem. Art. 1 Nr. 10 Buchst. a DBuchst. aa G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017; früherer Satz 5 jetzt ersetzt durch Satz 5 bis 8 gem. u. idF d. Art. 11 Nr. 6 Buchst. a DBuchst. bb G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019

§ 37 Abs. 3 Satz 9 (früher Satz 6): Früherer Satz 6 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 10 Buchst. a DBuchst. aa u. bb G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017; früher Satz 6, jetzt Satz 9 gem. u. idF d. Art. 11 Nr. 6 Buchst. a DBuchst. bb u. cc G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019

§ 37 Abs. 3 Satz 10 (früher Satz 7): Früherer Satz 7 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 10 Buchst. a DBuchst. aa u. cc G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017; früher Satz 7, jetzt Satz 10 gem. u. idF d. Art. 11 Nr. 6 Buchst. a DBuchst. bb u. dd G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019

§ 37 Abs. 4: Eingef. durch Art. 1 Nr. 2 Buchst. b G v. 14.12.2001 I 3728 mWv 1.1.2002

§ 37 Abs. 4 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 18 Buchst. d DBuchst. aa G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008
 § 37 Abs. 4 Satz 2: IdF d. Art. 8 Nr. 9 Buchst. a G v. 26.3.2007 I 378 mWv 1.7.2008
 § 37 Abs. 4 Satz 3 u. 4: Eingef. durch Art. 11 Nr. 6 Buchst. b G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019
 § 37 Abs. 4 Satz 5 (früher Satz 3): IdF d. Art. 1 Nr. 18 Buchst. d DBuchst. bb G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008; früher Satz 3, jetzt Satz 5 gem. Art. 11 Nr. 6 Buchst. b G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019
 § 37 Abs. 4 Satz 6: Früher Satz 4, jetzt Satz 6 gem. Art. 11 Nr. 6 Buchst. b G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019
 § 37 Abs. 5: Eingef. durch Art. 1 Nr. 2 Buchst. b G v. 14.12.2001 I 3728 mWv 1.1.2002; idF d. Art. 8 Nr. 9 Buchst. b G v. 26.3.2007 I 378 mWv 1.7.2008
 § 37 Abs. 5 Satz 1: IdF d. Art. 2 Nr. 18 Buchst. c DBuchst. aa G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017
 § 37 Abs. 5 Satz 2: Eingef. durch Art. 11 Nr. 6 Buchst. c G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019
 § 37 Abs. 5 Satz 3 (früher Satz 2): Eingef. durch Art. 2 Nr. 18 Buchst. c DBuchst. bb G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017; früher Satz 2, jetzt Satz 3 gem. Art. 11 Nr. 6 Buchst. c G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019
 § 37 Abs. 5 Satz 4 (früher Satz 3): Früherer Satz 2, jetzt Satz 3 gem. Art. 2 Nr. 18 Buchst. c DBuchst. bb G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017; früher Satz 3, jetzt Satz 4 gem. Art. 11 Nr. 6 Buchst. c G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019
 § 37 Abs. 5a: Eingef. durch Art. 11 Nr. 6 Buchst. d G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019
 § 37 Abs. 6: Eingef. durch Art. 1 Nr. 2 Buchst. b G v. 14.12.2001 I 3728 mWv 1.1.2002
 § 37 Abs. 7: Eingef. durch Art. 1 Nr. 18 Buchst. f G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008; früherer Satz 4 aufgeh. durch Art. 2 Nr. 18 Buchst. d G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017
 § 37 Abs. 8: IdF d. Art. 1 Nr. 10 Buchst. b G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017
 § 37 Abs. 9: Eingef. durch Art. 10 Nr. 5 G v. 6.5.2019 I 646 mWv 11.5.2019

§ 38 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)

¹Nimmt der Pflegebedürftige die ihm nach § 36 Absatz 3 zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 37. ²Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat. ³An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden. ⁴Anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt. ⁵Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a) haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

Fußnoten

§ 38 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 15 G v. 14.6.1996 I 830 mWv 25.6.1996 u. d. Art. 2 Nr. 19 G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017
 § 38 Satz 4: IdF d. Art. 1 Nr. 19 G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016
 § 38 Satz 5: Eingef. durch Art. 1 Nr. 12 G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 30.10.2012

§ 38a Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 214 Euro monatlich, wenn

1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 sind,
2. sie Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45a oder § 45b beziehen,
3. eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen, und

4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen; der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass dieser Leistungsumfang von ihm oder einem Dritten nicht erbracht wird, sondern die Versorgung in der Wohngruppe auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfelds sichergestellt werden kann.

Leistungen der Tages- und Nachtpflege gemäß § 41 können neben den Leistungen nach dieser Vorschrift nur in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist; dies gilt entsprechend für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

(2) Die Pflegekassen sind berechtigt, zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen bei dem Antragsteller folgende Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen und folgende Unterlagen anzufordern:

1. eine formlose Bestätigung des Antragstellers, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nummer 1 erfüllt sind,
2. die Adresse und das Gründungsdatum der Wohngruppe,
3. den Mietvertrag einschließlich eines Grundrisses der Wohnung und den Pflegevertrag nach § 120,
4. Vorname, Name, Anschrift und Telefonnummer sowie Unterschrift der Person nach Absatz 1 Nummer 3 und
5. die vereinbarten Aufgaben der Person nach Absatz 1 Nummer 3.

Fußnoten

§ 38a: IdF d. Art. 1 Nr. 8 G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 38a Abs. 1 Satz 1: Früher einziger Text gem. Art. 2 Nr. 20 Buchst. a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 38a Abs. 1 Satz 1 Eingangssatz: IdF d. Art. 2 Nr. 20 Buchst. a DBuchst. aa G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 38a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 (früher Abs. 1 Nr. 1): IdF d. Art. 8 Nr. 3 G v. 23.12.2014 | 2462 mWv 1.1.2015 u. d. Art. 2 Nr. 20 Buchst. a DBuchst. bb G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 38a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2: IdF d. Art. 2 Nr. 20 Buchst. a DBuchst. cc G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 38a Abs. 1 Satz 1 Nr. 3: IdF d. Art. 2 Nr. 20 Buchst. a DBuchst. dd G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017 u. d. Art. 11 Nr. 7 G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

§ 38a Abs. 1 Satz 1 Nr. 4: IdF d. Art. 2 Nr. 20 Buchst. a DBuchst. ee G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 38a Abs. 1 Satz 2: Eingef. durch Art. 2 Nr. 20 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

(1) ¹Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. ²Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat und der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist. ³Die Aufwendungen der Pflegekasse können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1 612 Euro belaufen, wenn die Ersatzpflege durch andere Pflegepersonen sichergestellt wird als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

(2) ¹Der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 auf insgesamt bis zu 2 418 Euro im Ka-

lenderjahr erhöht werden. ²Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet.

(3) ¹Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu sechs Wochen nicht überschreiten. ²Wird die Ersatzpflege von den in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, können sich die Aufwendungen der Pflegekasse abweichend von Satz 1 auf den Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 belaufen; Absatz 2 findet Anwendung. ³Bei Bezug der Leistung in Höhe des Pflegegeldes für eine Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden. ⁴Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 1 und 3 dürfen zusammen den Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 nicht übersteigen; Absatz 2 findet Anwendung.

Fußnoten

§ 39: IdF d. Art. 1 Nr. 9 G v. 17.12.2014 I 2222 mWv 1.1.2015

§ 39 Abs. 1 Satz 2: IdF d. Art. 2 Nr. 21 G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

§ 39 Abs. 1 Satz 3: IdF d. Art. 1 Nr. 20 Buchst. a G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 39 Abs. 2: Eingef. durch Art. 1 Nr. 20 Buchst. b G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 39 Abs. 3: Früher Abs. 2 gem. Art. 1 Nr. 20 Buchst. c G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016; früherer Abs. 3 aufgeh. durch Art. 1 Nr. 20 Buchst. d G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 39 Abs. 3 Satz 1 u. 2: Früher Satz 1 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 20 Buchst. c DBuchst. aa G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 39 Abs. 3 Satz 3: Früher Satz 2 gem. Art. 1 Nr. 20 Buchst. c DBuchst. aa G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 39 Abs. 3 Satz 4: IdF d. Art. 1 Nr. 20 Buchst. c DBuchst. bb G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

(1) ¹Pflegebedürftige 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. ²Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes. ³Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. ⁴§ 33 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(2) ¹Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 40 Euro nicht übersteigen. ²Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden.

(3) ¹Die Pflegekassen sollen technische Pflegehilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. ²Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, daß die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen. ³Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. ⁴Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2 eine Zuzahlung von zehn vom Hundert, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten. ⁵Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung des § 62 Abs. 1 Satz 1, 2 und 6 sowie Abs. 2 und 3 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien. ⁶Versicherte, die die für sie geltende Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches erreicht haben oder unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach Satz 4 erreichen, sind hinsichtlich des die Belastungsgrenze überschreitenden Betrags von der Zuzahlung nach diesem Buch befreit.

⁷Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Pflegehilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen.

(4) ¹Die 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. ²Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 4 000 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. ³Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe von 4 000 Euro je Pflegebedürftigem nicht übersteigen. ⁴Der Gesamtbetrag je Maßnahme nach Satz 3 ist auf 16 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.

(5) ¹Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl den in § 23 und § 33 des Fünften Buches als auch den in Absatz 1 genannten Zwecken dienen können, prüft der Leistungsträger, bei dem die Leistung beantragt wird, ob ein Anspruch gegenüber der Krankenkasse oder der Pflegekasse besteht und entscheidet über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel. ²Zur Gewährleistung einer Absatz 1 Satz 1 entsprechenden Abgrenzung der Leistungsverpflichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung werden die Ausgaben für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der bei ihr errichteten Pflegekasse in einem bestimmten Verhältnis pauschal aufgeteilt. ³Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in Richtlinien, die erstmals bis zum 30. April 2012 zu beschließen sind, die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 1, das Verhältnis, in dem die Ausgaben aufzuteilen sind, sowie die Einzelheiten zur Umsetzung der Pauschalierung. ⁴Er berücksichtigt dabei die bisherigen Ausgaben der Kranken- und Pflegekassen und stellt sicher, dass bei der Aufteilung die Zielsetzung der Vorschriften des Fünften Buches und dieses Buches zur Hilfsmittelversorgung sowie die Belange der Versicherten gewahrt bleiben. ⁵Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und treten am ersten Tag des auf die Genehmigung folgenden Monats in Kraft; die Genehmigung kann mit Auflagen verbunden werden. ⁶Die Richtlinien sind für die Kranken- und Pflegekassen verbindlich. ⁷Für die nach Satz 3 bestimmten Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel richtet sich die Zuzahlung nach den §§ 33, 61 und 62 des Fünften Buches; für die Prüfung des Leistungsanspruchs gilt § 275 Absatz 3 des Fünften Buches. ⁸Die Regelungen dieses Absatzes gelten nicht für Ansprüche auf Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel von Pflegebedürftigen, die sich in vollstationärer Pflege befinden, sowie von Pflegebedürftigen nach § 28 Absatz 2.

Fußnoten

§ 40 Überschrift: IdF d. Art. 1 Nr. 20 Buchst. a G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 40 Abs. 1 Satz 3 u. 4: Eingef. durch Art. 8 Nr. 10 G v. 26.3.2007 I 378 mWv 1.4.2007

§ 40 Abs. 2 Satz 1 (früher einziger Text): IdF d. Art. 2 Nr. 5 Buchst. a G v. 23.10.2001 I 2702 mWv

1.1.2002; früherer einziger Text jetzt Satz 1 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 20 Buchst. b G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008; idF d. Art. 1 Nr. 10 Buchst. a G v. 17.12.2014 I 2222 mWv 1.1.2015

§ 40 Abs. 2 Satz 2: Eingef. durch Art. 1 Nr. 20 Buchst. b G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 40 Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 20 Buchst. c DBuchst. aa G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 40 Abs. 3 Satz 3: IdF d. Art. 1 Nr. 20 Buchst. c DBuchst. bb G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 40 Abs. 3 Satz 4: IdF d. Art. 2 Nr. 5 Buchst. b G v. 23.10.2001 I 2702 mWv 1.1.2002 u. d. Art. 1 Nr. 20 Buchst. c DBuchst. cc G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 40 Abs. 3 Satz 5: IdF d. Art. 1 Nr. 20 Buchst. c DBuchst. dd G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 40 Abs. 3 Satz 6: Eingef. durch Art. 1 Nr. 20 Buchst. c DBuchst. ee G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 40 Abs. 3 Satz 7: Früher Satz 6 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 20 Buchst. c DBuchst. ff G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 40 Abs. 4 Satz 2 (früher Satz 3): IdF d. Art. 2 Nr. 5 Buchst. c G v. 23.10.2001 I 2702 mWv 1.1.2002; früherer Satz 2 aufgeh., früherer Satz 3 jetzt Satz 2 gem. Art. 1 Nr. 14 Buchst. a G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 30.10.2012; idF d. Art. 1 Nr. 10 Buchst. b DBuchst. aa G v. 17.12.2014 I 2222 mWv 1.1.2015

§ 40 Abs. 4 Satz 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 14 Buchst. b G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 30.10.2012; idF d. Art. 1 Nr. 10 Buchst. b DBuchst. aa G v. 17.12.2014 I 2222 mWv 1.1.2015

§ 40 Abs. 4 Satz 4: Eingef. durch Art. 1 Nr. 14 Buchst. b G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 30.10.2012; idF d. Art. 1 Nr. 10 Buchst. b DBuchst. bb G v. 17.12.2014 I 2222 mWv 1.1.2015

§ 40 Abs. 5: IdF d. Art. 4 Nr. 2 G v. 22.12.2011 I 2983 mWv 1.1.2012

Zweiter Titel Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

§ 41 Tagespflege und Nachtpflege

(1) ¹Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. ²Die teilstationäre Pflege umfaßt auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.

(2) ¹Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. ²Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfaßt je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 einen Gesamtwert bis zu 689 Euro,
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 einen Gesamtwert bis zu 1 298 Euro,
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 einen Gesamtwert bis zu 1 612 Euro,
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 einen Gesamtwert bis zu 1 995 Euro.

(3) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung nach § 38 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

(4) bis (7) (weggefallen)

Fußnoten

§ 41 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 3 Buchst. a G v. 14.12.2001 | 3728 mWv 1.1.2002 u. d. Art. 2 Nr. 22 Buchst. a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 41 Abs. 2: IdF d. Art. 2 Nr. 22 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 41 Abs. 3: IdF d. Art. 1 Nr. 11 Buchst. b G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015 u. d. Art. 2 Nr. 22 Buchst. c G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 41 Abs. 4 bis 7: Aufgeh. durch Art. 1 Nr. 11 Buchst. c G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 42 Kurzzeitpflege

(1) ¹Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. ²Dies 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) ¹Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. ²Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 612 Euro im Kalenderjahr. ³Der Leistungsbetrag nach Satz 2 kann um bis zu 1 612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 auf insgesamt bis zu 3 224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. ⁴Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 angerechnet.

(3) ¹Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. ²§ 34 Abs. 2 Satz 1 findet keine Anwendung. ³Sind in dem Entgelt für die Einrichtung Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 vom Hundert des Entgelts zuschussfähig. ⁴In begründeten Einzelfällen kann die Pflegekasse in Ansehung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Aufwendungen für Investitionen davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

(4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist.

Fußnoten

§ 42 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 2 Nr. 23 Buchst. a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 42 Abs. 2: Früherer Satz 2 aufgeh. durch Art. 1 Nr. 5 G v. 21.7.1999 | 1656 mWv 1.8.1999; idF d. Art. 2 Nr. 7 G v. 23.10.2001 | 2702 mWv 1.1.2002 u. d. Art. 1 Nr. 4 G v. 14.12.2001 | 3728 mWv 1.1.2002

§ 42 Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 21 Buchst. a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 42 Abs. 2 Satz 2 : IdF d. Art. 2 Nr. 23 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 42 Abs. 2 Satz 3 bis 5: Eingef. durch Art. 1 Nr. 12 Buchst. a DBuchst. bb G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 42 Abs. 2 Satz 4: Früherer Satz 4 aufgeh., früherer Satz 5 jetzt Satz 4 gem. Art. 1 Nr. 21 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 42 Abs. 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 22 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 42 Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 16 Buchst. a G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012 u. d. Art. 1 Nr. 12 Buchst. b G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 42 Abs. 4: Eingef. durch Art. 1 Nr. 16 Buchst. b G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

Dritter Titel Vollstationäre Pflege

§ 43 Inhalt der Leistung

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen.

(2) ¹Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

²Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

1. 770 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 1 262 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 1 775 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 2 005 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

³Abweichend von Satz 1 übernimmt die Pflegekasse auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, soweit der nach Satz 2 gewährte Leistungsbetrag die in Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigt.

(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.

(4) Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim werden die Leistungen für vollstationäre Pflege erbracht, solange die Voraussetzungen des § 87a Abs. 1 Satz 5 und 6 vorliegen.

Fußnoten

§ 43: Gem. Art. 68 Abs. 3 G 860-11-1 v. 26.5.1994 | 1014 IdF d. G v. 31.5.1996 | 718 mWv 1.7.1996 in Kraft getreten
§ 43 Abs. 1: IdF d. Art. 2 Nr. 24 Buchst. a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017 u. d. Art. 1 Nr. 10a G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
§ 43 Abs. 2 u. 3: Früher Abs. 2 bis 4 gem. u. IdF d. Art. 2 Nr. 24 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017
§ 43 Abs. 2 Satz 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 10b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
§ 43 Abs. 4 (früher Abs. 5): Eingef. durch Art. 1 Nr. 23 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008; jetzt Abs. 4 gem. Art. 2 Nr. 24 Buchst. c G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

Vierter Titel Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Fußnoten

Vierter Titel (§ 43a): Eingef. durch Art. 1 Nr. 20 G v. 14.6.1996 | 830 mWv 25.6.1996
Vierter Titel (Überschrift vor § 43a): IdF d. Art. 10 Nr. 16 nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 | 1046 mWv 1.7.2001

§ 43a Inhalt der Leistung

¹Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen zehn vom Hundert des nach § 75 Abs. 3 des Zwölften Buches vereinbarten Heimentgelts. ²Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 266 Euro nicht überschreiten. ³Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

Fußnoten

Vierter Titel (§ 43a): Eingef. durch Art. 1 Nr. 20 G v. 14.6.1996 | 830 mWv 25.6.1996
§ 43a Satz 1: IdF d. Art. 10 Nr. 17 nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 | 1046 mWv 1.7.2001, d. Art. 10 Nr. 6 G v. 27.12.2003 | 3022 mWv 1.1.2005 u. d. Art. 2 Nr. 25 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017
§ 43a Satz 2: IdF d. Art. 2 Nr. 9 G v. 23.10.2001 | 2702 mWv 1.1.2002 u. d. Art. 1 Nr. 14 G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015
§ 43a Satz 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 4a G v. 14.12.2001 | 3728 mWv 1.1.2002

Fünfter Titel Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

Fußnoten

Fünfter Titel (§ 43b): Eingef. durch Art. 2 Nr. 26 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 43b Inhalt der Leistung

Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen haben nach Maßgabe von § 84 Absatz 8 und § 85 Absatz 8 Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

Fußnoten

Fünfter Titel (§ 43b): Eingef. durch Art. 2 Nr. 26 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

Vierter Abschnitt Leistungen für Pflegepersonen

§ 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(1) ¹Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 170 Absatz 1 Nummer 6 des Sechsten Buches genannten Stellen Beiträge nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. ²Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder ein anderer von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter ermittelt im Einzelfall, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. ³Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht (Mehrfachpflege), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pfl egetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pfl egetätigkeit insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) ermittelt. ⁴Dabei werden die Angaben der beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt. ⁵Werden keine oder keine übereinstimmenden Angaben gemacht, erfolgt eine Aufteilung zu gleichen Teilen. ⁶Die Feststellungen zu den Pflegezeiten und zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft die für die Pflegeleistungen nach diesem Buch zuständige Stelle. ⁷Diese Feststellungen sind der Pflegeperson auf Wunsch zu übermitteln.

(2) Für Pflegepersonen, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung auch in ihrer Pfl egetätigkeit von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind oder befreit wären, wenn sie in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig wären und einen Befreiungsantrag gestellt hätten, werden die nach Absatz 1 zu entrichtenden Beiträge auf Antrag an die berufsständische Versorgungseinrichtung gezahlt.

(2a) Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, nach Maßgabe des § 2 Absatz 1 Nummer 17 des Siebten Buches in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen.

(2b) ¹Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, nach Maßgabe des § 26 Absatz 2b des Dritten Buches nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert. ²Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 347 Nummer 10 Buchstabe c des Dritten Buches genannten Stellen entrichten für die Pflegepersonen Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit. ³Näheres zu den Beiträgen und zum Verfahren regeln die §§ 345, 347 und 349 des Dritten Buches.

(3) ¹Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben die in der Renten- und Unfallversicherung sowie nach dem Dritten Buch zu versichernde Pflegeperson den zuständigen Renten- und Unfallversicherungsträgern sowie der Bundesagentur für Arbeit zu melden. ²Die 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 Pfl egetätigkeit,
7. den Pflegegrad des Pflegebedürftigen und

8. die nach § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches maßgeblichen beitragspflichtigen Einnahmen.

³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. können mit der Deutschen Rentenversicherung Bund und mit den Trägern der Unfallversicherung sowie mit der Bundesagentur für Arbeit Näheres über das Meldeverfahren vereinbaren.

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

(5) ¹Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben in den Fällen, in denen eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegt, der Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge hat, und für die die Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung nach § 170 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe c des Sechsten Buches oder an die Bundesagentur für Arbeit nach § 347 Nummer 10 Buchstabe c des Dritten Buches anteilig getragen werden, im Antragsverfahren auf Leistungen der Pflegeversicherung von dem Pflegebedürftigen die zuständige Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder den Dienstherrn unter Hinweis auf die beabsichtigte Weiterleitung der in Satz 2 genannten Angaben an diese Stelle zu erfragen. ²Der angegebenen Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn sind bei Feststellung der Beitragspflicht sowie bei Änderungen in den Verhältnissen des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson, insbesondere bei einer Änderung des Pflegegrades, einer Unterbrechung der Pflegeetätigkeit oder einem Wechsel der Pflegeperson, die in Absatz 3 Satz 2 genannten Angaben mitzuteilen. ³Absatz 4 findet auf Satz 2 entsprechende Anwendung. ⁴Für die Mitteilungen nach Satz 2 haben die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen spätestens zum 1. Januar 2020 ein elektronisches Verfahren vorzusehen, bei dem die Mitteilungen an die Beihilfefestsetzungsstellen oder die Dienstherrn automatisch erfolgen. ⁵Die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen haben technisch sicherzustellen, dass die Meldungen nach Absatz 3 an die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erst erfolgen, wenn die erforderliche Mitteilung an die Beihilfefestsetzungsstelle oder den Dienstherrn erfolgt ist. ⁶Für Beiträge, die von den Beihilfestellen und Dienstherrn nicht bis zum Ablauf des Fälligkeitstages gezahlt worden sind, weil die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen die Mitteilungen nach Satz 2 nicht, nicht unverzüglich, nicht vollständig oder fehlerhaft durchgeführt haben, ist von den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen ein Säumniszuschlag entsprechend § 24 Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches zu zahlen; dies gilt nicht, wenn im Einzelfall kein Verschulden der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen vorliegt.

(6) ¹Für Pflegepersonen, bei denen die Mindeststundenzahl von zehn Stunden wöchentlicher Pflege, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird, haben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Bundesagentur für Arbeit das Verfahren und die Mitteilungspflichten zwischen den an einer Addition von Pflegezeiten und Pflegeaufwänden beteiligten Pflegekassen und Versicherungsunternehmen durch Vereinbarung zu regeln. ²Die Pflegekassen und Versicherungsunternehmen dürfen die in Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 bis 3 und 6 und, soweit dies für eine sichere Identifikation der Pflegeperson erforderlich ist, die in den Nummern 4 und 5 genannten Daten sowie die Angabe des zeitlichen Umfangs der Pflegeetätigkeit der Pflegeperson an andere Pflegekassen und Versicherungsunternehmen, die an einer Addition von Pflegezeiten und Pflegeaufwänden beteiligt sind, zur Überprüfung der Voraussetzungen der Rentenversicherungspflicht oder der Versicherungspflicht nach dem Dritten Buch der Pflegeperson übermitteln und ihnen übermittelte Daten verarbeiten und nutzen.

Fußnoten

§ 44 Abs. 1: IdF d. Art. 2 Nr. 27 Buchst. a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 44 Abs. 2: Eingef. durch Art. 1 Nr. 21 Buchst. b G v. 14.6.1996 | 830 mWv 1.4.1995; idF d. Art. 2 Nr. 27 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 44 Abs. 2a u. 2b: Eingef. durch Art. 2 Nr. 27 Buchst. c G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 44 Abs. 3: Früher Abs. 2 gem. Art. 1 Nr. 21 Buchst. c G v. 14.6.1996 | 830 mWv 1.4.1995

§ 44 Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 2 Nr. 27 Buchst. d DBuchst. aa G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 44 Abs. 3 Satz 2 Nr. 7: IdF d. Art. 2 Nr. 27 Buchst. d DBuchst. bb aaa G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 44 Abs. 3 Satz 2 Nr. 8: IdF d. Art. 2 Nr. 27 Buchst. d DBuchst. bb bbb G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 44 Abs. 3 Satz 3: IdF d. Art. 10 Nr. 1 Buchst. b G v. 9.12.2004 | 3242 mWv 1.10.2005, d. Art. 8 Nr. 15 G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.7.2008 u. d. Art. 2 Nr. 27 Buchst. d DBuchst. cc G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 44 Abs. 4: Früher Abs. 3 gem. Art. 1 Nr. 21 Buchst. c G v. 14.6.1996 | 830 mWv 1.4.1995; idF d. Art. 9a Nr. 3 Buchst. a G v. 21.3.2005 | 818 mWv 30.3.2005

§ 44 Abs. 5: Eingef. durch Art. 9a Nr. 3 Buchst. b G v. 21.3.2005 | 818 mWv 30.3.2005

§ 44 Abs. 5 Satz 1 u. 2: IdF d. Art. 2 Nr. 27 Buchst. e G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 44 Abs. 5 Satz 4 bis 6: Eingef. durch Art. 11 Nr. 8 G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

§ 44 Abs. 6: IdF d. Art. 2 Nr. 27 Buchst. f G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

(1) ¹Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. ²Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflegepflichtversicherung. ³Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. ⁴Für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches zugrunde gelegt. ⁵Bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie bei Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a des Fünften Buches zugrunde gelegt. ⁶Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.

(2) (weggefallen)

(3) ¹Für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes hat eine Beschäftigte oder ein Beschäftigter im Sinne des § 7 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes, die oder der für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 des Fünften Buches oder nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches beanspruchen kann, Anspruch auf einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage. ²Wenn mehrere Beschäftigte den Anspruch nach § 2 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenzt. ³Das Pflegeunterstützungsgeld wird auf Antrag, der unverzüglich zu stellen ist, unter Vorlage der ärztlichen Bescheinigung nach § 2 Absatz 2 Satz 2 des Pflegezeitgesetzes von der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen gewährt. ⁴Für die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes gilt § 45 Absatz 2 Satz 3 bis 5 des Fünften Buches entsprechend.

(4) ¹Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen, erhalten für die Dauer des Leistungsbezuges von den in Absatz 3 bezeichneten Organisationen auf Antrag Zuschüsse zur Krankenversicherung. ²Zuschüsse werden gewährt für eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. ³Die Zuschüsse belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Leistungsträgeranteil nach § 249c des Fünften Buches aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. ⁴Für die Berechnung nach Satz 3 werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche

Zusatzbeitragssatz nach § 242a Absatz 2 des Fünften Buches zugrunde gelegt.⁵Für Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen und wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen die in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen auf Antrag Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung in der Höhe, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären.⁶Die von den in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen zu zahlenden Beiträge sind auf die Höhe der Beiträge begrenzt, die von diesen Stellen ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für die Dauer des Leistungsbezugs zu tragen wären; die Beiträge dürfen die Hälfte der in der Zeit des Leistungsbezugs vom Beschäftigten an die berufsständische Versorgungseinrichtung zu zahlenden Beiträge nicht übersteigen.

(5)¹Die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen stellt dem Leistungsbezieher nach Absatz 3 mit der Leistungsbewilligung eine Bescheinigung über den Zeitraum des Bezugs und die Höhe des gewährten Pflegeunterstützungsgeldes aus.²Der Leistungsbezieher hat diese Bescheinigung unverzüglich seinem Arbeitgeber vorzulegen.³In den Fällen des § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e Doppelbuchstabe cc des Sechsten Buches bescheinigt die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen die gesamte Höhe der Leistung.

(6)¹Landwirtschaftlichen Unternehmern im Sinne des § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen müssen, wird anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe entsprechend § 9 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gewährt.²Diese Kosten der Leistungen für die Betriebshilfe werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse von der Pflegeversicherung des pflegebedürftigen nahen Angehörigen erstattet; innerhalb der sozialen Pflegeversicherung wird von einer Erstattung abgesehen.³Privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer, die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen, erhalten von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen oder in Höhe des tariflichen Erstattungssatzes von dem privaten Versicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen eine Kostenerstattung für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe; dabei werden nicht die tatsächlichen Kosten, sondern ein pauschaler Betrag in Höhe von 200 Euro je Tag Betriebshilfe zugrunde gelegt.

(7)¹Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben in den Fällen, in denen ein Leistungsbezieher nach Absatz 3 einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen pflegt, der Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge hat, und für den Beiträge anteilig getragen werden, im Antragsverfahren auf Pflegeunterstützungsgeld von dem Pflegebedürftigen die zuständige Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder den Dienstherrn unter Hinweis auf die beabsichtigte Information dieser Stelle über den beitragspflichtigen Bezug von Pflegeunterstützungsgeld zu erfragen.²Der angegebenen Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem angegebenen Dienstherrn sind bei Feststellung der Beitragspflicht folgende Angaben zum Leistungsbezieher mitzuteilen:

1. die Versicherungsnummer, soweit bekannt,
2. der Familien- und der Vorname,
3. das Geburtsdatum,
4. die Staatsangehörigkeit,
5. die Anschrift,
6. der Beginn des Bezugs von Pflegeunterstützungsgeld,
7. die Höhe des dem Pflegeunterstützungsgeld zugrunde liegenden ausgefallenen Arbeitsentgelts und
8. Name und Anschrift der Krankenkasse oder des privaten Krankenversicherungsunternehmens.

Fußnoten

§ 44a: Eingef. durch Art. 1 Nr. 25 G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008
§ 44a Überschrift: IdF d. Art. 8 Nr. 4 Buchst. a G v. 23.12.2014 | 2462 mWv 1.1.2015
§ 44a Abs. 1 Satz 3: IdF d. Art. 5 Nr. 0 Buchst. a G v. 16.7.2015 | 1211 mWv 1.1.2015
§ 44a Abs. 1 Satz 4 u. 5: IdF d. Art. 5 Nr. 0 Buchst. b G v. 16.7.2015 | 1211 mWv 1.1.2015
§ 44a Abs. 2: Aufgeh. durch Art. 2 Nr. 28 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017
§ 44a Abs. 3 u. 4: Eingef. durch Art. 8 Nr. 4 Buchst. b G v. 23.12.2014 | 2462 mWv 1.1.2015
§ 44a Abs. 4 Satz 6: Eingef. durch Art. 9 Nr. 2 G v. 18.7.2017 | 2757 mWv 29.7.2017
§ 44a Abs. 5 bis 7: Eingef. durch Art. 8 Nr. 4 Buchst. b G v. 23.12.2014 | 2462 mWv 1.1.2015
§ 44a Abs. 7 Satz 2 Nr. 6: IdF d. Art. 1 Nr. 22 Buchst. a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
§ 44a Abs. 7 Satz 2 Nr. 7: IdF d. Art. 1 Nr. 22 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
§ 44a Abs. 7 Satz 2 Nr. 8: Eingef. durch Art. 1 Nr. 22 Buchst. c G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

(1) ¹Die Pflegekassen haben für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen, 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 und ihrer Entstehung vorzubeugen. ²Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. ³Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. ⁴§ 114a Absatz 3a gilt entsprechend.

(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 Rahmenvereinbarungen mit den Trägern der Einrichtungen schließen, die die Pflegekurse durchführen.

Fußnoten

§ 45 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 6 Nr. 4 G v. 17.7.2015 | 1368 mWv 25.7.2015 u. d. Art. 1 Nr. 23 Buchst. a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
§ 45 Abs. 1 Satz 3 u. 4: Früher Satz 3 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 23 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
§ 45 Abs. 3: IdF d. Art. 8 Nr. 16 G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.7.2008

Fünfter Abschnitt Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag, Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts sowie der Selbsthilfe

Fußnoten

Fünfter Abschnitt (§§ 45a bis 45d): IdF d. Art. 2 Nr. 29 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 45a Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung

(1) ¹Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. ²Angebote zur Unterstützung im Alltag sind

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),

2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

³Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts. ⁴Durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag können auch mehrere der in Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Bereiche abgedeckt werden. ⁵In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

(2) ¹Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. ²Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. ³Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert werden. ⁴Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.

(3) ¹Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen. ²Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen sie die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.

(4) ¹Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. ²Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. ³Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Satz 1 genannten Leistungen entstanden sind. ⁴Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. ⁵Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. ⁶Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 und 8 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. ⁷Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Möglichkeit zur anteiligen Verwendung der in § 36 für den Bezug am-

bulanter Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbeträge auch für Leistungen nach Landesrecht anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag nach den Sätzen 1 bis 6 spätestens bis zum 31. Dezember 2018. ⁸Die Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

Fußnoten

Fünfter Abschnitt (§§ 45a bis 45d): IdF d. Art. 2 Nr. 29 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017 § 45a Abs. 1 Satz 5: IdF d. Art. 11 Nr. 9 G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

§ 45b Entlastungsbetrag

(1) ¹Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. ²Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegenden sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. ³Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von

1. Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
2. Leistungen der Kurzzeitpflege,
3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,
4. Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a.

⁴Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der in Satz 3 genannten Leistungen Mittel der Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden. ⁵Die Leistung nach Satz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

(2) ¹Der Anspruch auf den Entlastungsbetrag entsteht, sobald die in Absatz 1 Satz 1 genannten Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, ohne dass es einer vorherigen Antragstellung bedarf. ²Die Kostenerstattung in Höhe des Entlastungsbetrags nach Absatz 1 erhalten die Pflegebedürftigen von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilferechtigung anteilig von der Beihilfefeststellungsstelle bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 Satz 3 genannten Leistungen. ³Für Zwecke der statistischen Erfassung bei den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen muss auf den Belegen eindeutig und deutlich erkennbar angegeben sein, im Zusammenhang mit welcher der in Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 4 genannten Leistungen die Aufwendungen jeweils entstanden sind.

(3) ¹Der Entlastungsbetrag nach Absatz 1 Satz 1 findet bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Absatz 3 Satz 1 keine Berücksichtigung. ²§ 63b Absatz 1 des Zwölften Buches findet auf den Entlastungsbetrag keine Anwendung. ³Abweichend von den Sätzen 1 und 2 darf der Entlastungsbetrag hinsichtlich der Leistungen nach § 64i oder § 66 des Zwölften Buches bei der Hilfe zur Pflege Berücksichtigung finden, soweit nach diesen Vorschriften Leistungen zu gewähren sind, deren Inhalte den Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 entsprechen.

(4) ¹Die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 4 verlangte Vergütung darf die Preise für vergleichbare Sachleistungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nicht übersteigen. ²Näheres zur Ausgestaltung einer entsprechenden Begrenzung der Vergütung, die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 durch nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verlangt werden darf, können die Landesregierungen in der Rechtsverordnung nach § 45a Absatz 3 bestimmen.

Fußnoten

Fünfter Abschnitt (§§ 45a bis 45d): IdF d. Art. 2 Nr. 29 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017 § 45b Abs. 1 Satz 5: Eingef. durch Art. 11 Nr. 10 Buchst. a G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019
§ 45b Abs. 2 Satz 1 u. 2: Früher Satz 1 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 13 Buchst. a G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
§ 45b Abs. 2 Satz 3: IdF d. Art. 11 Nr. 10 Buchst. b G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019
§ 45b Abs. 3 u. 4: Eingef. durch Art. 1 Nr. 13 Buchst. b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 45c Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung

(1) ¹Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte und zur Förderung ehrenamtlicher Strukturen fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr

1. den Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a,
2. den Auf- und Ausbau und die Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen sowie
3. Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige sowie andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf.

²Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 Prozent des in Satz 1 genannten Fördervolumens. ³Darüber hinaus fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 10 Millionen Euro je Kalenderjahr die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken nach Absatz 9; Satz 2 gilt entsprechend. ⁴Fördermittel nach Satz 3, die in dem jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen nach Satz 1; dadurch erhöht sich auch das in Absatz 2 Satz 2 genannte Gesamtfördervolumen entsprechend.

(2) ¹Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. ²Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, sodass insgesamt ein Fördervolumen von 50 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird. ³Im Einvernehmen mit allen Fördergebern können Zuschüsse der kommunalen Gebietskörperschaften auch als Personal- oder Sachmittel eingebracht werden, sofern diese Mittel nachweislich ausschließlich und unmittelbar dazu dienen, den jeweiligen Förderzweck zu erreichen. ⁴Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.

(3) ¹Die Förderung des Auf- und Ausbaus von Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erfolgt als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlich tätigen Helfenden zu finanzieren sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Helfenden durch Fachkräfte verbunden sind. ²Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Angebots beizufügen. ³Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert sind.

(4) Die Förderung des Auf- und Ausbaus und der Unterstützung von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und entsprechender ehrenamtlicher Strukturen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfolgt zur Förderung von Initiativen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen zum Ziel gesetzt haben.

(5) ¹Im Rahmen der Modellförderung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der erforderlichen Hilfen für an Demenz erkrankte Pflegebe-

dürftige und andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf, in einzelnen Regionen erprobt werden.² Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden.³ Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen.⁴ Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden.⁵ Für die Modellvorhaben sind eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen.⁶ Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(6)¹ Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die nach Absatz 1 Satz 1 und 2 zur Verfügung stehenden Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt.² Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können in das Folgejahr übertragen werden.³ Nach Satz 2 übertragene Mittel, die am Ende des Folgejahres nicht in Anspruch genommen worden sind, können für Projekte, für die bis zum Stichtag nach Satz 5 mindestens Art, Region und geplante Förderhöhe konkret benannt werden, im darauf folgenden Jahr von Ländern beantragt werden, die im Jahr vor der Übertragung der Mittel nach Satz 2 mindestens 80 Prozent der auf sie nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel ausgeschöpft haben.⁴ Die Verausgabung der nach Satz 3 beantragten Fördermittel durch die Länder oder kommunalen Gebietskörperschaften darf sich für die entsprechend benannten Projekte über einen Zeitraum von maximal drei Jahren erstrecken.⁵ Der Ausgleichsfonds sammelt die nach Satz 3 eingereichten Anträge bis zum 30. April des auf das Folgejahr folgenden Jahres und stellt anschließend fest, in welchem Umfang die Mittel jeweils auf die beantragenden Länder entfallen.⁶ Die Auszahlung der Mittel für ein Projekt erfolgt, sobald für das Projekt eine konkrete Förderzusage durch das Land oder die kommunale Gebietskörperschaft vorliegt.⁷ Ist die Summe der bis zum 30. April beantragten Mittel insgesamt größer als der dafür vorhandene Mittelbestand, so werden die vorhandenen Mittel nach dem Königsteiner Schlüssel auf die beantragenden Länder verteilt.⁸ Nach dem 30. April eingehende Anträge werden in der Reihenfolge des Antrageingangs bearbeitet, bis die Fördermittel verbraucht sind.⁹ Fördermittel, die bis zum Ende des auf das Folgejahr folgenden Jahres nicht beantragt sind, verfallen.

(7)¹ Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke.² In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, welchen Anforderungen die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- oder Sachmittel genügen muss und dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der in Absatz 1 Satz 1 genannten Zwecke Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können.³ Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder.⁴ Soweit Belange des Ehrenamts betroffen sind, erteilt das Bundesministerium für Gesundheit seine Zustimmung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.⁵ Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

(8)¹ Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) überwiesen werden.² Näheres über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel, die aus dem Ausgleichsfonds zu finanzieren sind, sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen regeln das Bundesversicherungsamt, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. durch Vereinbarung.

(9)¹ Zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen können die in Absatz 1 Satz 3 genannten Mittel für die Beteiligung von Pflegekassen an regionalen Netzwerken verwendet werden, die der strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren dienen, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen.² Die Förderung der strukturierten regionalen

Zusammenarbeit erfolgt, indem sich die Pflegekassen einzeln oder gemeinsam im Wege einer Anteilsfinanzierung an den netzwerkbedingten Kosten beteiligen.³Je Kreis oder kreisfreier Stadt darf der Förderbetrag dabei 20 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten.⁴Den Kreisen und kreisfreien Städten, Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Sinne des § 45d sowie organisierten Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen im Sinne des Absatzes 4 ist in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet die Teilnahme an der geförderten strukturierten regionalen Zusammenarbeit zu ermöglichen.⁵Für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, gelten die Sätze 1 bis 4 entsprechend.⁶Absatz 7 Satz 1 bis 4 und Absatz 8 finden entsprechende Anwendung.⁷Die Absätze 2 und 6 finden keine Anwendung.

Fußnoten

Fünfter Abschnitt (§§ 45a bis 45d): IdF d. Art. 2 Nr. 29 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 45c Abs. 1 Satz 3 u. 4: Eingef. durch Art. 1 Nr. 14 Buchst. a G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 45c Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 14 Buchst. b DBuchst. aa G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 45c Abs. 2 Satz 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 14 Buchst. b DBuchst. bb G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 45c Abs. 2 Satz 4: Früher Satz 3 gem. Art. 1 Nr. 14 Buchst. b DBuchst. bb G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 45c Abs. 6 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 14 Buchst. c DBuchst. aa G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 45c Abs. 6 Satz 3 bis 9: Eingef. durch Art. 1 Nr. 14 Buchst. c DBuchst. bb G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 45c Abs. 7 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 14 Buchst. d DBuchst. aa G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 45c Abs. 7 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 14 Buchst. d DBuchst. bb G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 45c Abs. 9 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 14 Buchst. e G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 45d Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung

¹Je Kalenderjahr werden 0,15 Euro je Versicherten verwendet zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt haben; um eine gerechte Verteilung dieser Fördermittel auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt.²Der Zuschuss aus den Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach Satz 1 ergänzt eine Förderung durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft und wird jeweils in Höhe von 75 Prozent des Zuschusses gewährt, der für die einzelne Fördermaßnahme insgesamt geleistet wird.³Davon abweichend können von den nach Satz 1 auf die Länder aufgeteilten Mitteln Fördermittel in Höhe von insgesamt je Kalenderjahr bis zu 0,01 Euro je Versicherten als Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet werden, ohne dass es für die Förderung einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf.⁴Die Gründungszuschüsse sind von den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen; das Nähere zur Durchführung der Förderung und zum Verfahren wird in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt.⁵Im Übrigen werden für die Förderung der Selbsthilfe die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren, einschließlich § 45c Absatz 2 Satz 3 und 4 und Absatz 6 Satz 2, entsprechend angewendet.⁶§ 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass von den in das Folgejahr übertragenen Mitteln nach Satz 1, die am Ende des Folgejahres nicht in Anspruch genommen worden sind, Fördermittel in Höhe von 0,01 Euro je Versicherten in dem auf das Folgejahr folgenden Jahr von einer Übertragung auf die Länder ausgenommen sind.⁷Die nach Satz 6 von der Übertragung ausgenommenen Mittel werden zur Förderung von bundesweiten Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet.⁸Die Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf.⁹Die Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten ist von den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen.¹⁰Die Bewilligung der Fördermittel aus den gemäß den Sätzen 6 und 7 zur Verfügung stehenden Mitteln durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen darf jeweils für einen Zeitraum von maximal fünf Jahren erfolgen.¹¹Nach erneuter Antragstellung kann eine Förderung erneut bewilligt werden.¹²Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und der Durchführung der Förderung

sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel nach Satz 7 werden in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt. ¹³Selbsthilfegruppen im Sinne dieser Vorschrift sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder aufgrund eigener Betroffenheit oder als Angehörige oder vergleichbar Nahestehende das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern. ¹⁴Selbsthilfeorganisationen sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen in Verbänden. ¹⁵Selbsthilfekontaktstellen sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern. ¹⁶Eine Förderung der Selbsthilfe nach dieser Vorschrift ist ausgeschlossen, soweit für dieselbe Zweckbestimmung eine Förderung nach § 20h des Fünften Buches erfolgt. ¹⁷§ 45c Absatz 7 Satz 5 gilt entsprechend.

Fußnoten

Fünfter Abschnitt (§§ 45a bis 45d): IdF d. Art. 2 Nr. 29 G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017 § 45d Satz 1: IdF d. Art. 11 Nr. 11 Buchst. a G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019

§ 45d Satz 2 bis 12: Früherer Satz 2 jetzt ersetzt durch Satz 2 bis 12 gem. u. idF d. Art. 11 Nr. 11 Buchst. b G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019

§ 45d Satz 13: Früher Satz 3, jetzt Satz 13 gem. u. idF d. Art. 11 Nr. 11 Buchst. b u. c G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019

§ 45d Satz 14: Früher Satz 4, jetzt Satz 14 gem. Art. 11 Nr. 11 Buchst. b G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019

§ 45d Satz 15: Früher Satz 5, jetzt Satz 15 gem. Art. 11 Nr. 11 Buchst. b G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019

§ 45d Satz 16: Früher Satz 6, jetzt Satz 16 gem. Art. 11 Nr. 11 Buchst. b G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019

§ 45d Satz 17: Früher Satz 7, jetzt Satz 17 gem. Art. 11 Nr. 11 Buchst. b G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019

Sechster Abschnitt Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen

Fußnoten

Sechster Abschn. (§§ 45e und 45f): Eingef. durch Art. 1 Nr. 20 G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 30.10.2012

§ 45e Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

(1) ¹Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Leistungen nach § 38a haben und die an der gemeinsamen Gründung beteiligt sind, für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Absatz 4 einmalig ein Betrag von bis zu 2 500 Euro gewährt. ²Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. ³Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen. ⁴Dabei kann die Umgestaltungsmaßnahme auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen. ⁵Die Sätze 1 bis 4 gelten für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend.

(2) ¹Die Pflegekassen zahlen den Förderbetrag aus, wenn die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe nachgewiesen wird. ²Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt den Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist. ³Einzelheiten zu den Voraussetzungen und dem Verfahren der Förderung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Fußnoten

Sechster Absch. (§§ 45e und 45f): Eingef. durch Art. 1 Nr. 20 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012
§ 45e Abs. 1 Satz 4: Eingef. durch Art. 1 Nr. 19 Buchst. a DBuchst. aa G v. 17.12.2014 | 2222 mWv
1.1.2015

§ 45e Abs. 1 Satz 5: Früher Satz 4 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 19 Buchst. a DBuchst. aa u. bb G v.
17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 45e Abs. 2 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 19 Buchst. b G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 45f Weiterentwicklung neuer Wohnformen

(1) ¹Zur wissenschaftlich gestützten Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen werden zusätzlich 10 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. ²Dabei sind insbesondere solche Konzepte einzubeziehen, die es alternativ zu stationären Einrichtungen ermöglichen, außerhalb der vollstationären Betreuung bewohnerorientiert individuelle Versorgung anzubieten.

(2) ¹Einrichtungen, die aus diesem Grund bereits eine Modellförderung, insbesondere nach § 8 Absatz 3, erfahren haben, sind von der Förderung nach Absatz 1 Satz 1 ausgenommen. ²Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 entsprechend.

Fußnoten

Sechster Absch. (§§ 45e und 45f): Eingef. durch Art. 1 Nr. 20 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

Fünftes Kapitel Organisation

Erster Abschnitt Träger der Pflegeversicherung

§ 46 Pflegekassen

(1) ¹Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. ²Bei jeder Krankenkasse (§ 4 Abs. 2 des Fünftens Buches) wird eine Pflegekasse errichtet. ³Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der Krankenversicherung führt die Pflegeversicherung für die Versicherten durch.

(2) ¹Die Pflegekassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. ²Organe der Pflegekassen sind die Organe der Krankenkassen, bei denen sie errichtet sind. ³Arbeitgeber (Dienstherr) der für die Pflegekasse tätigen Beschäftigten ist die Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist. ⁴Krankenkassen und Pflegekassen können für Mitglieder, die ihre Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge selbst zu zahlen haben, die Höhe der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in einem gemeinsamen Beitragsbescheid festsetzen. ⁵Das Mitglied ist darauf hinzuweisen, dass der Bescheid über den Beitrag zur Pflegeversicherung im Namen der Pflegekasse ergeht. ⁶In den Fällen des Satzes 4 kann auch ein gemeinsamer Widerspruchsbescheid erlassen werden; Satz 5 gilt entsprechend. ⁷Die Erstattung zu Unrecht gezahlter Pflegeversicherungsbeiträge erfolgt durch die Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist. ⁸Bei der Ausführung dieses Buches ist das Erste Kapitel des Zehnten Buches anzuwenden.

(3) ¹Die Verwaltungskosten einschließlich der Personalkosten, die den Krankenkassen auf Grund dieses Buches entstehen, werden von den Pflegekassen in Höhe von 3,2 Prozent des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen erstattet; dabei ist der Erstattungsbetrag für die einzelne Krankenkasse um die Hälfte der Aufwendungen der jeweiligen Pflegekasse für Pflegeberatung nach § 7a Abs. 4 Satz 5 und um die Aufwendungen für Zahlungen nach § 18 Absatz 3b zu vermindern. ²Bei der Berechnung der Erstattung sind die Beitragseinnahmen um die Beitragseinnahmen zu vermindern, die dazu bestimmt sind, nach § 135 dem Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung zugeführt zu werden. ³Der Gesamtbetrag der nach Satz 1 zu erstattenden Verwaltungskosten aller Krankenkassen ist nach dem tatsächlich entstehenden Aufwand (Beitragseinzug/Leistungsgewährung) auf die Krankenkassen zu verteilen. ⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt das Nähere über die Verteilung.

⁵Außerdem übernehmen die Pflegekassen 50 vom Hundert der umlagefinanzierten Kosten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. ⁶Personelle 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. ⁷Der Verwaltungsaufwand in der sozialen Pflegeversicherung ist nach Ablauf von einem Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu überprüfen.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, 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) ¹Die Aufsicht über die Pflegekassen führen die für die Aufsicht über die Krankenkassen zuständigen Stellen. ²Das 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 und deren Arbeitsgemeinschaften zu prüfen. ³Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Prüfung der bundesunmittelbaren Pflegekassen und deren Arbeitsgemeinschaften, die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können die Prüfung der landesunmittelbaren Pflegekassen und deren Arbeitsgemeinschaften auf eine öffentlich-rechtliche Prüfungseinrichtung übertragen, die bei der Durchführung der Prüfung unabhängig ist. ⁴Die Prüfung hat sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb zu erstrecken; sie umfaßt die Prüfung seiner Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. ⁵Die Pflegekassen und deren Arbeitsgemeinschaften haben auf Verlangen alle Unterlagen vorzulegen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur Durchführung der Prüfung erforderlich sind. ⁶Die mit der Prüfung nach diesem Absatz befassten Stellen können nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen als Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmen, dass die Pflegekassen die zu prüfenden Daten elektronisch und in einer bestimmten Form zur Verfügung stellen. ⁷§ 274 Abs. 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

Fußnoten

- § 46 Abs. 1: Früherer Satz 3 aufgeh. durch Art. 8 Nr. 19 Buchst. a G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.4.2007
§ 46 Abs. 1 Satz 3: Eingef. durch Art. 5a G v. 19.12.2007 | 3024 mWv 1.1.2008
§ 46 Abs. 2 Satz 4 u. 5: Eingef. durch Art. 1 Nr. 31 Buchst. a G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008
§ 46 Abs. 2 Satz 6: Eingef. durch Art. 1 Nr. 23a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
§ 46 Abs. 2 Satz 7: Eingef. durch Art. 11 Nr. 12 G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019
§ 46 Abs. 2 Satz 8 (früher Satz 7): Früherer Satz 4 wurde Satz 6 gem. Art. 1 Nr. 31 Buchst. a G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008; jetzt Satz 7 gem. Art. 1 Nr. 23a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016; früher Satz 7, jetzt Satz 8 gem. Art. 11 Nr. 12 G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019
§ 46 Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 31 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008, d. Art. 1 Nr. 21 Buchst. a G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012 u. d. Art. 2 Nr. 30 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2018
§ 46 Abs. 3 Satz 2: Eingef. durch Art. 1 Nr. 20 G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015
§ 46 Abs. 3 Satz 3: Früher Satz 2 gem. Art. 1 Nr. 20 G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015
§ 46 Abs. 3 Satz 4 (früher Satz 3): IdF d. Art. 8 Nr. 19 Buchst. b DBuchst. aa G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.7.2008; jetzt Satz 4 gem. Art. 1 Nr. 20 G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015
§ 46 Abs. 3 Satz 5 (früher Satz 4): IdF d. Art. 8 Nr. 19 Buchst. b DBuchst. bb G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.4.2007; jetzt Satz 5 gem. Art. 1 Nr. 20 G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015
§ 46 Abs. 3 Satz 6 u. 7: Früher Satz 5 u. 6 gem. Art. 1 Nr. 20 G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015
*§ 46 Abs. 4: IdF d. Art. 219 Nr. 4 V v. 29.10.2001 | 2785 mWv 7.11.2001, d. Art. 212 Nr. 1 V v. 25.11.2003 | 2304 mWv 28.11.2003 u. d. Art. 264 Nr. 1 V v. 31.10.2006 | 2407 mWv 8.11.2006
§ 46 Abs. 6 Satz 1 G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008: Bayern - Abweichung durch Art. 7 Abs. 2 Satz 2 des Gesetzes zur Ausführung der Sozialgesetze (SGAG BY) v. 8.12.2006 GVBl BY 2006, 942 mWv 1.1.2010 (vgl. BGBl I 2010, 8)
§ 46 Abs 6 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 21 Buchst. b DBuchst. aa G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012
§ 46 Abs. 6 Satz 3: IdF d. Art. 219 Nr. 4 V v. 29.10.2001 | 2785 mWv 7.11.2001, d. Art. 212 Nr. 1 V v. 25.11.2003 | 2304 mWv 28.11.2003 , d. Art. 264 Nr. 1 V v. 31.10.2006 | 2407 mWv 8.11.2006 u. d. Art. 1 Nr. 21 Buchst. b DBuchst. bb G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 46 Abs. 6 Satz 5: IdF d. Art. 1 Nr. 21 Buchst. b DBuchst. cc G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012
§ 46 Abs. 6 Satz 6: Eingef. durch Art. 2 G v. 21.2.2017 | 265 mWv 1.3.2017
§ 46 Abs. 6 Satz 7: Früher Satz 6 gem. Art. 2 G v. 21.2.2017 | 265 mWv 1.3.2017

§ 47 Satzung

(1) Die Satzung muß Bestimmungen enthalten über:

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

(2) Die Satzung kann eine Bestimmung enthalten, nach der die Pflegekasse den Abschluss privater Pflege-Zusatzversicherungen zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln kann.

(3) 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.

Fußnoten

§ 47 Abs. 1 Nr. 3: Frühere Nr. 3 aufgeh., frühere Nr. 4 jetzt Nr. 3 gem. Art. 8 Nr. 20 G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.1.2009

§ 47 Abs. 1 Nr. 4 bis 8: Früher Nr. 5 bis 9 gem. Art. 8 Nr. 20 G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.1.2009

§ 47 Abs. 2: Eingef. durch Art. 1 Nr. 32 Buchst. a G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 47 Abs. 3: Früher Abs. 2 gem. Art. 1 Nr. 32 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 47a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

(1) ¹§ 197a des Fünften Buches gilt entsprechend; § 197a Absatz 3 des Fünften Buches gilt mit der Maßgabe, auch mit den nach Landesrecht bestimmten Trägern der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, zusammenzuarbeiten. ²Die organisatorischen Einheiten nach § 197a Abs. 1 des Fünften Buches sind die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Pflegekassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen.

(2) ¹Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 erhoben oder an sie weitergegeben oder übermittelt wurden, untereinander übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. ²An die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, dürfen die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 personenbezogene Daten nur übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Zusammenhang mit den Regelungen des Siebten Kapitels des Zwölften Buches erforderlich ist und im Einzelfall konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen. ³Der Empfänger darf diese Daten nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. ⁴Ebenso dürfen die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie weitergegeben oder übermittelt wurden, an die in Absatz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. ⁵Die in Ab-

satz 1 Satz 2 genannten Einrichtungen dürfen diese nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind.⁶Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 sowie die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe, die für die Hilfe zur Pflege im Sinne des Siebten Kapitels des Zwölften Buches zuständig sind, haben sicherzustellen, dass die personenbezogenen Daten nur Befugten zugänglich sind oder nur an diese weitergegeben werden.

(3)¹Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:

1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
2. die Stellen, die für die Leistungsgewährung in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
3. die Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,
4. die Stellen, die nach Landesrecht für eine Förderung nach § 9 zuständig sind,
5. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die für Prüfaufträge nach § 114 bestellten Sachverständigen und
6. die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung in den Pflegeberufen oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind.

²Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.³Die Stellen nach Satz 1 Nummer 4 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Buch erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 erforderlich ist.⁴Die nach Satz 3 übermittelten Daten dürfen von den Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind.

Fußnoten

§ 47a: Eingef. durch Art. 7 Nr. 2 G v. 14.11.2003 | 2190 mWv 1.1.2004

§ 47a Abs. 1: Früher einziger Text jetzt Abs. 1 gem. Art. 2 Nr. 2 Buchst. a G v. 20.12.2012 | 2789 mWv 28.12.2012

§ 47a Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 2 Nr. 2 Buchst. b G v. 20.12.2012 | 2789 mWv 28.12.2012

§ 47a Abs. 1 (früher einziger Text) Satz 2: IdF d. Art. 8 Nr. 21 G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.7.2008

§ 47a Abs. 2: Eingef. durch Art. 2 Nr. 2 Buchst. c G v. 20.12.2012 | 2789 mWv 28.12.2012

§ 47a Abs. 3: Eingef. durch Art. 10 Nr. 6 G v. 6.5.2019 | 646 mWv 11.5.2019

Zweiter Abschnitt Zuständigkeit, Mitgliedschaft

§ 48 Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse und sonstige Versicherte

(1)¹Für die Durchführung der Pflegeversicherung ist jeweils die Pflegekasse zuständig, die bei der Krankenkasse errichtet ist, bei der eine Pflichtmitgliedschaft oder freiwillige Mitgliedschaft besteht.²Für Familienversicherte nach § 25 ist die Pflegekasse des Mitglieds zuständig.

(2)¹Für 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 Krankheitsfalle beauftragt ist.²Ist keine Krankenkasse mit der Leistungserbringung im Krankheitsfall beauftragt, kann der Versicherte die Pflegekasse nach Maßgabe des Absatzes 3 wählen.

(3) ¹Personen, 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.

²Ab 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) ¹Die Mitgliedschaft bei einer Pflegekasse beginnt mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen des § 20 oder des § 21 vorliegen. ²Sie 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. ³Für die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 Versicherten gelten § 186 Abs. 11 und § 190 Abs. 13 des Fünften Buches entsprechend.

(2) Für das Fortbestehen der Mitgliedschaft gelten die §§ 189, 192 des Fünften Buches sowie § 25 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend.

(3) Die Mitgliedschaft freiwillig Versicherter nach den §§ 26 und 26a 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.

Fußnoten

§ 49 Abs. 1 Satz 3: Eingef. durch Art. 8 Nr. 22 Buchst. a G v. 26.3.2007 I 378 mWv 1.4.2007

§ 49 Abs. 2: Früherer Satz 2 aufgeh. durch Art. 10 Nr. 3 G v. 24.3.1997 I 594 mWv 1.1.1998

§ 49 Abs. 3 (früher Satz 1) Eingangssatz: IdF d. Art. 1 Nr. 6a G v. 14.12.2001 I 3728 mWv 1.1.2002

§ 49 Abs. 3: Früherer Satz 2 aufgeh., früherer Satz 1 jetzt einziger Text gem. Art. 8 Nr. 22 Buchst. b G v. 26.3.2007 I 378 mWv 1.4.2007

Dritter Abschnitt Meldungen

§ 50 Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung

(1) ¹Alle nach § 20 versicherungspflichtigen Mitglieder haben sich selbst unverzüglich bei der für sie zuständigen Pflegekasse anzumelden. ²Dies gilt nicht, wenn ein Dritter bereits eine Meldung nach den §§ 28a bis 28c des Vierten Buches, §§ 199 bis 205 des Fünften Buches 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. ³Bei 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 Krankenversorgungsberchtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz,
6. der Dienstherr für Soldaten auf Zeit.

(3) ¹Personen, die versichert sind oder als Versicherte in Betracht kommen, haben der Pflegekasse, soweit sie nicht nach § 280 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.

²Sie 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.

Fußnoten

§ 50 Abs. 1 Satz 2: IdF d. Art. 10 Nr. 4 G v. 24.3.1997 I 594 mWv 1.1.1998

§ 51 Meldungen bei Mitgliedern der privaten Pflegeversicherung

(1) ¹Das private Versicherungsunternehmen hat Personen, die bei ihm gegen Krankheit versichert sind und trotz Aufforderung innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes, bei Neuabschlüssen von Krankenversicherungsverträgen innerhalb von drei Monaten nach Abschluß des Vertrages, keinen privaten Pflegeversicherungsvertrag abgeschlossen haben, unverzüglich elektronisch dem Bundesversicherungsamt zu melden. ²Das Versicherungsunternehmen hat auch Versicherungsnehmer zu melden, sobald diese mit der Entrichtung von sechs insgesamt vollen Monatsprämien in Verzug geraten sind. ³Das Bundesversicherungsamt und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. haben bis zum 31. Dezember 2017 Näheres über das elektronische Meldeverfahren zu vereinbaren.

(2) ¹Der Dienstherr hat für Heilfürsorgeberechtigte, die weder privat krankenversichert noch Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, eine Meldung an das Bundesversicherungsamt zu erstatten. ²Die 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.

Fußnoten

§ 51 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 14a Buchst. a G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 51 Abs. 1 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 14a Buchst. b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 51 Abs. 1 Satz 3: IdF d. Art. 1 Nr. 14a Buchst. c G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

Vierter Abschnitt Wahrnehmung der Verbandsaufgaben

§ 52 Aufgaben auf Landesebene

(1) ¹Die Landesverbände der Ortskrankenkassen, der Betriebskrankenkassen und der Innungskrankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die nach § 36 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte als Landesverband tätige landwirtschaftliche Krankenkasse sowie die Ersatzkassen nehmen die Aufgaben der Landesverbände der Pflegekassen wahr. ²§ 211a und § 212 Abs. 5 Satz 4 bis 10 des Fünften Buches gelten entsprechend.

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

²Die Landesverbände haben insbesondere den Spitzenverband Bund der Pflegekassen bei der Erfüllung seiner Aufgaben zu unterstützen.

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

(4) Soweit in diesem Buch die Landesverbände der Pflegekassen Aufgaben wahrnehmen, handeln die in Absatz 1 aufgeführten Stellen.

Fußnoten

§ 52 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 10 Nr. 3 G v. 9.12.2004 | 3242 mWv 1.10.2005, d. Art. 8 Nr. 23 Buchst. a G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.7.2008 u. d. Art. 13 Abs. 27 G v. 12.4.2012 | 579 mWv 1.1.2013

§ 52 Abs. 1 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 33 G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 52 Abs. 2 Satz 2: Eingef. durch Art. 1 Nr. 22 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 52 Abs. 4: Eingef. durch Art. 8 Nr. 23 Buchst. b G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.7.2008

§ 53 Aufgaben auf Bundesebene

¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nimmt die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahr. ²Die §§ 217b, 217d und 217f des Fünften Buches gelten entsprechend.

Fußnoten

§ 53: IdF d. Art. 8 Nr. 24 G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.7.2008

§ 53a Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste

¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung Richtlinien

1. über die Zusammenarbeit der Pflegekassen mit den Medizinischen Diensten,
2. zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung,
3. über die von den Medizinischen Diensten zu übermittelnden Berichte und Statistiken,
4. zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung sowie über das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen und zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen,
5. über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung.

²Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. ³Sie sind für die Medizinischen Dienste verbindlich.

Fußnoten

§ 53a: Eingef. durch Art. 1 Nr. 22 G v. 14.6.1996 I 830 mWv 25.6.1996

§ 53a Satz 1: IdF d. Art. 8 Nr. 25 G v. 26.3.2007 I 378 mWv 1.7.2008

§ 53 Satz 1 Nr. 4: IdF d. Art. 1 Nr. 23 G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 30.10.2012

§ 53a Satz 2: IdF d. Art. 219 Nr. 6 V v. 29.10.2001 I 2785 mWv 7.11.2001, d. Art. 212 Nr. 1 V v. 25.11.2003 I 2304 mWv 28.11.2003 u. d. Art. 264 Nr. 1 V v. 31.10.2006 I 2407 mWv 8.11.2006

§ 53b Beauftragung von anderen unabhängigen Gutachtern durch die Pflegekassen im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(1) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt bis zum 31. März 2013 mit dem Ziel einer einheitlichen Rechtsanwendung Richtlinien zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. ²Die Richtlinien sind für die Pflegekassen verbindlich.

(2) Die Richtlinien regeln insbesondere Folgendes:

1. die Anforderungen an die Qualifikation und die Unabhängigkeit der Gutachter,
2. das Verfahren, mit dem sichergestellt wird, dass die von den Pflegekassen beauftragten unabhängigen Gutachter bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und bei der Zuordnung zu einem Pflegegrad dieselben Maßstäbe wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung anlegen,
3. die Sicherstellung der Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren und
4. die Einbeziehung der Gutachten der von den Pflegekassen beauftragten Gutachter in das Qualitätssicherungsverfahren der Medizinischen Dienste.

(3) Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Fußnoten

§ 53b: Eingef. durch Art. 1 Nr. 24 G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 30.10.2012

§ 53b Abs. 2 Nr. 2: IdF d. Art. 1 Nr. 14b G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017

§ 53c Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben zusätzlicher Betreuungskräfte

¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte für die Leistungen nach § 43b Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in stationären Pflegeeinrichtungen zu beschließen. ²Er hat hierzu die Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten. ³Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die stationären Pflegeeinrichtungen erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit wirksam. ⁴§ 17 Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

Fußnoten

§ 53c: Eingef. durch Art. 2 Nr. 31 G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

Sechstes Kapitel Finanzierung

Erster Abschnitt Beiträge

§ 54 Grundsatz

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

(2) ¹Die Beiträge werden nach einem Vomhundertsatz (Beitragssatz) von den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder bis zur Beitragsbemessungsgrenze (§ 55) erhoben. ²Die Beiträge sind für jeden Kalendertag der Mitgliedschaft zu zahlen, soweit dieses Buch nichts Abweichendes bestimmt. ³Für 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.

Fußnoten

§ 54 Abs. 1 u. 2: Nach Maßgabe der Entscheidungsformel mit dem GG unvereinbar gem. BVerfGE v. 3.4.2001 I 774 - 1 BvR 1629/94 -

§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

(1) ¹Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 3,05 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt. ²Für Personen, bei denen § 28 Abs. 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

(2) Beitragspflichtige Einnahmen sind bis zu einem Betrag von 1/360 der in § 6 Abs. 7 des Fünften Buches festgelegten Jahresarbeitsentgeltgrenze für den Kalendertag zu berücksichtigen (Beitragsbemessungsgrenze).

(3) ¹Der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 2 erhöht sich für Mitglieder nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollendet haben, um einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten (Beitragszuschlag für Kinderlose). ²Satz 1 gilt nicht für Eltern im Sinne des § 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 3 Nr. 2 und 3 des Ersten Buches. ³Die Elterneigenschaft ist in geeigneter Form gegenüber der beitragsabführenden Stelle, von Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, nachzuweisen, sofern diesen die Elterneigenschaft nicht bereits aus anderen Gründen bekannt ist. ⁴Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen darüber, welche Nachweise geeignet sind. ⁵Erfolgt die Vorlage des Nachweises innerhalb von drei Monaten nach der Geburt des Kindes, gilt der Nachweis mit Beginn des Monats der Geburt als erbracht, ansonsten wirkt der Nachweis ab Beginn des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Nachweis erbracht wird. ⁶Nachweise für vor dem 1. Januar 2005 geborene Kinder, die bis zum 30. Juni 2005 erbracht werden, wirken vom 1. Januar 2005 an. ⁷Satz 1 gilt nicht für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden, für Wehr- und Zivildienstleistende sowie für Bezieher von Arbeitslosengeld II.

(3a) Zu den Eltern im Sinne des Absatzes 3 Satz 2 gehören nicht

1. Adoptiveltern, wenn das Kind zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Adoption bereits die in § 25 Abs. 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat,
2. Stiefeltern, wenn das Kind zum Zeitpunkt der Eheschließung oder der Begründung der eingetragenen Lebenspartnerschaft gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes mit dem Elternteil des Kindes bereits die in § 25 Abs. 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat oder wenn das Kind vor Erreichen dieser Altersgrenzen nicht in den gemeinsamen Haushalt mit dem Mitglied aufgenommen worden ist.

(4) ¹Der Beitragszuschlag für die Monate Januar bis März 2005 auf Renten der gesetzlichen Rentenversicherung wird für Rentenbezieher, die nach dem 31. Dezember 1939 geboren wurden, in der Weise abgegolten, dass der Beitragszuschlag im Monat April 2005 1 vom Hundert der im April 2005 beitragspflichtigen Rente beträgt. ²Für die Rentenbezieher, die in den Monaten Januar bis April 2005 zeitweise nicht beitrags- oder zuschlagspflichtig sind, wird der Beitragszuschlag des Monats April 2005 entsprechend der Dauer dieser Zeit reduziert.

(5) ¹Sind landwirtschaftliche Unternehmer, die nicht zugleich Arbeitslosengeld II beziehen, sowie mitarbeitende Familienangehörige Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse, wird der Beitrag abweichend von den Absätzen 1 bis 3 in Form eines Zuschlags auf den Krankenversicherungsbeitrag, den sie

nach den Vorschriften des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte aus dem Arbeitseinkommen aus Land- und Forstwirtschaft zu zahlen haben, erhoben.²Die Höhe des Zuschlags ergibt sich aus dem Verhältnis des Beitragsatzes nach Absatz 1 Satz 1 zu dem um den durchschnittlichen Zusatzbeitragsatz erhöhten allgemeinen Beitragsatz nach § 241 des Fünften Buches.³Sind die Voraussetzungen für einen Beitragszuschlag für Kinderlose nach Absatz 3 erfüllt, erhöht sich der Zuschlag nach Satz 2 um das Verhältnis des Beitragszuschlags für Kinderlose nach Absatz 3 Satz 1 zu dem Beitragsatz nach Absatz 1 Satz 1.

Fußnoten

§ 55 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 34 Buchst. a G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008, d. Art. 1 Nr. 25 Buchst. a G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 1.1.2013, d. Art. 1 Nr. 21 G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015, d. Art. 2 Nr. 32 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017 u. d. Art. 1 G v. 17.12.2018 | 2587 mWv 1.1.2019
§ 55 Abs. 2: IdF d. Art. 3 G v. 23.12.2002 | 4637 mWv 1.1.2003

§ 55 Abs. 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 1 G v. 15.12.2004 | 3448 mWv 1.1.2005

§ 55 Abs. 3 Satz 4: IdF d. Art. 8 Nr. 26 G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.7.2008

§ 55 Abs. 3a: Eingef. durch Art. 1 Nr. 34 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 55 Abs. 3a Nr. 2: IdF d. Art. 11 Nr. 13 G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

§ 55 Abs. 4: Eingef. durch Art. 1 Nr. 1 G v. 15.12.2004 | 3448 mWv 1.1.2005

§ 55 Abs. 5: Eingef. durch Art. 1 Nr. 25 Buchst. b G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 1.1.2013

§ 55 Abs. 5 Satz 1: IdF d. Art. 5 Nr. 1 G v. 16.7.2015 | 1211 mWv 1.1.2016

§ 55 Abs. 5 Satz 2: IdF d. Art. 6 Nr. 1a G v. 21.7.2014 | 1133 mWv 1.1.2015

§ 56 Beitragsfreiheit

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

(2)¹Beitragsfreiheit besteht vom Zeitpunkt der Rentenantragstellung bis zum Beginn der Rente einschließlich einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte für:

1. den hinterbliebenen Ehegatten oder hinterbliebenen Lebenspartner 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 eine Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte bezogen hat,
3. den hinterbliebenen Ehegatten oder hinterbliebenen Lebenspartner eines Beziehers einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte, wenn die Ehe vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen geschlossen oder die eingetragene Lebenspartnerschaft vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes begründet wurde,
4. den hinterbliebenen Ehegatten oder hinterbliebenen Lebenspartner eines Beziehers von Landabgabente.

²Satz 1 gilt nicht, wenn der Rentenantragsteller eine eigene Rente, Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen oder Versorgungsbezüge erhält.

(3)¹Beitragsfrei sind Mitglieder für die Dauer des Bezuges von Mutterschafts-, Eltern- oder Betreuungsgeld.²Die 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 § 44 des Siebten Buches, 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.

(5)¹Beitragsfrei sind Mitglieder für die Dauer des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld.²Die Beitragsfreiheit erstreckt sich nur auf die in Satz 1 genannten Leistungen.

Fußnoten

§ 56 Abs. 1: IdF d. Art. 3 § 56 Nr. 9 G v. 16.2.2001 | 266 mWv 1.8.2001 u. d. Art. 11 Nr. 14 Buchst. a G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019
§ 56 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1: IdF d. Art. 6 Nr. 1 Buchst. a G v. 29.7.1994 | 1890 mWv 1.1.1995 u. d. Art. 11 Nr. 14 Buchst. b DBuchst. bb G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019
§ 56 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2: IdF d. Art. 6 Nr. 1 Buchst. b G v. 29.7.1994 | 1890 mWv 1.1.1995
§ 56 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3: IdF d. Art. 6 Nr. 1 Buchst. c G v. 29.7.1994 | 1890 mWv 1.1.1995 u. d. Art. 11 Nr. 14 Buchst. b DBuchst. aa G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019
§ 56 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4: IdF d. Art. 11 Nr. 14 Buchst. b DBuchst. bb G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019
§ 56 Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 2 Abs. 21 G v. 5.12.2006 | 2748 mWv 1.1.2007 u. d. Art. 2 Abs. 4 G v. 15.2.2013 | 254 mWv 1.8.2013
§ 56 Abs. 4: IdF d. Art. 7 Nr. 3 G v. 7.8.1996 | 1254 mWv 1.1.1997
§ 56 Abs. 5: Eingef. durch Art. 8 Nr. 5 G v. 23.12.2014 | 2462 mWv 1.1.2015

§ 57 Beitragspflichtige Einnahmen

(1) ¹Bei Mitgliedern der Pflegekasse, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Beitragsbemessung die §§ 226 bis 232a, 233 bis 238 und § 244 des Fünften Buches sowie die §§ 23a und 23b Abs. 2 bis 4 des Vierten Buches. ²Bei Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, ist abweichend von § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Fünften Buches das 0,2266fache der monatlichen Bezugsgröße zugrunde zu legen und sind abweichend von § 54 Absatz 2 Satz 2 die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen; § 232a Absatz 1a des Fünften Buches gilt entsprechend.

(2) ¹Bei Beziehern von Krankengeld gilt als beitragspflichtige Einnahmen 80 vom Hundert des Arbeitsentgelts, das der Bemessung des Krankengeldes zugrundeliegt. ²Dies gilt auch für den Krankengeldbezug eines rentenversicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen eines landwirtschaftlichen Unternehmers. ³Beim Krankengeldbezug eines nicht rentenversicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen ist der Zahlbetrag der Leistung der Beitragsbemessung zugrunde zu legen. ⁴Bei Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, wird das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zugrunde gelegt; wird dieses Krankengeld nach § 47b des Fünften Buches gezahlt, gelten die Sätze 1 bis 3. ⁵Bei Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutzustandzellen oder anderen Blutbestandteilen erhalten, wird das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zugrunde gelegt. ⁶Bei Personen, die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 des Fünften Buches beziehen, gelten als beitragspflichtige Einnahmen 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens.

(3) Für die Beitragsbemessung der in § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 genannten Altenteiler gilt § 45 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.

(4) ¹Bei 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. ²Für 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. ³Abweichend 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.⁴ 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.

Fußnoten

§ 57 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 4 G v. 12.12.1996 | 1859 mWv 1.1.1997, d. Art. 10 Nr. 5 G v. 24.3.1997 | 594 mWv 1.1.1998, d. Art. 6 nach Maßgabe d. Art. 12 G v. 6.4.1998 | 688 mWv 1.1.1998, d. Art. 24 G v. 22.12.1999 | 2534 mWv 1.1.2000, d. Art. 5 G v. 23.12.2002 | 4607 mWv 1.1.2003, d. Art. 8 Nr. 27 Buchst. a G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.4.2007 u. d. Art. 8 Nr. 6 Buchst. a G v. 23.12.2014 | 2462 mWv 1.1.2015

§ 57 Abs. 1 Satz 2: Eingef. durch Art. 12 G v. 29.6.2006 | 1402 mWv 1.7.2006; idF d. Art. 6 Nr. 2 G v. 21.7.2014 | 1133 mWv 1.1.2016 u. d. Art. 2b G v. 18.7.2016 | 1710 mWv 1.1.2017

§ 57 Abs. 2 Satz 4: Eingef. durch Art. 2c Nr. 1 G v. 21.7.2012 | 1601 mWv 1.8.2012

§ 57 Abs. 2 Satz 5: Eingef. durch Art. 2c Nr. 1 G v. 21.7.2012 | 1601 mWv 1.8.2012; idF d. Art. 5 Nr. 2 G v. 16.7.2015 | 1211 mWv 23.7.2015

§ 57 Abs. 2 Satz 6: Eingef. durch Art. 8 Nr. 6 Buchst. b G v. 23.12.2014 | 2462 mWv 1.1.2015

§ 57 Abs. 3: IdF d. Art. 1 Nr. 26 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 1.1.2013 u. d. Art. 1 Nr. 22 G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 58 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten

(1)¹ Die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 und 12 versicherungspflichtig Beschäftigten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, und ihre Arbeitgeber tragen die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte.² Soweit für Beschäftigte Beiträge für Kurzarbeitergeld zu zahlen sind, trägt der Arbeitgeber den Beitrag allein.³ Den Beitragszuschlag für Kinderlose nach § 55 Abs. 3 tragen die Beschäftigten.

(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)¹ Die in Absatz 1 genannten Beschäftigten tragen die Beiträge in Höhe von 1 vom Hundert allein, 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.² In Fällen des § 55 Abs. 1 Satz 2 werden die Beiträge in Höhe von 0,5 vom Hundert allein getragen.³ Im Übrigen findet Absatz 1 Anwendung, soweit es sich nicht um eine versicherungspflichtige Beschäftigung mit einem monatlichen Arbeitsentgelt innerhalb des Übergangsbereichs nach § 20 Absatz 2 des Vierten Buches handelt, für die Absatz 5 Satz 2 Anwendung findet.⁴ Die Beiträge der Beschäftigten erhöhen sich nicht, wenn Länder im Jahr 2017 den Reformationstag einmalig zu einem gesetzlichen Feiertag erheben.

(4)¹ Die Aufhebung eines Feiertages wirkt für das gesamte Kalenderjahr.² 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.

(5)¹ § 249 Abs. 2 des Fünften Buches gilt entsprechend.² § 249 Absatz 3 des Fünften Buches gilt mit der Maßgabe, dass statt des Beitragssatzes der Krankenkasse der Beitragssatz der Pflegeversicherung und bei den in Absatz 3 Satz 1 genannten Beschäftigten für die Berechnung des Beitragsanteils des Arbeitgebers ein Beitragssatz in Höhe des um einen Prozentpunkt verminderten Beitragssatzes der Pflegeversicherung Anwendung findet.

Fußnoten

§ 58 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 8 Nr. 28 G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.4.2007

§ 58 Abs. 1 Satz 2: Eingef. durch Art. 10 Nr. 6 G v. 24.3.1997 | 594 mWv 1.1.1998; idF d. Art. 8 Nr. 2 G v. 24.4.2006 | 926 mWv 1.1.2007

§ 58 Abs. 1 Satz 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 3 G v. 15.12.2004 | 3448 mWv 1.1.2005
 § 58 Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 2 Nr. 1 G v. 31.5.1996 | 718 mWv 8.6.1996
 § 58 Abs. 3 Satz 2: Eingef. durch Art. 2 Nr. 1 G v. 31.5.1996 | 718 mWv 8.6.1996
 § 58 Abs. 3 Satz 3: IdF d. Art. 6 Nr. 2 Buchst. a G v. 23.12.2002 | 4621 mWv 1.4.2003 u. d. Art. 6 Abs. 4 G v. 28.11.2018 | 2016 mWv 1.7.2019
 § 58 Abs. 3 Satz 4: Eingef. durch Art. 1 Nr. 23 G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015
 § 58 Abs. 4: Früherer Abs. 4 aufgeh., früherer Abs. 5 jetzt Abs. 4 gem. Art. 2 Nr. 2 u. 3 G v. 31.5.1996 | 718 mWv 8.6.1996
 § 58 Abs. 5 Satz 1: IdF d. Art. 7 G v. 24.7.2003 | 1526 mWv 1.8.2003
 § 58 Abs. 5 Satz 2: Eingef. durch Art. 6 Nr. 2 Buchst. b G v. 23.12.2002 | 4621 mWv 1.4.2003; idF d. Art. 9 Nr. 3 G v. 18.7.2017 | 2757 mWv 29.7.2017

§ 59 Beitragstragung bei anderen Mitgliedern

(1) ¹Für die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 bis 12 versicherten Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Tragung der Beiträge die § 250 Abs. 1 und 3 und § 251 des Fünften Buches sowie § 48 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend; die Beiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung sind von dem Mitglied allein zu tragen. ²Bei Beziehern einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte, die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 versichert sind, und bei Beziehern von Produktionsaufgaberente oder Ausgleichsgeld, die nach § 14 Abs. 4 des Gesetzes zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit versichert sind, werden die Beiträge aus diesen Leistungen von den Beziehern der Leistung allein getragen.

(2) ¹Die 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 Bundesagentur 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 450 Euro nicht übersteigt. ²Die Beiträge für Bezieher von Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches oder für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen sind von der Stelle zu tragen, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen.

(3) ¹Die Beiträge für die nach § 21 Nr. 1 bis 5 versicherten Leistungsempfänger werden vom jeweiligen Leistungsträger getragen. ²Beiträge auf Grund des Leistungsbezugs im Rahmen der Kriegsopferversorge gelten als Aufwendungen für die Kriegsopferversorge.

(4) ¹Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, sowie Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach § 49 Abs. 2 Satz 1 erhalten bleibt oder nach den §§ 26 und 26a freiwillig versichert sind, und die nach § 21 Nr. 6 versicherten Soldaten auf Zeit tragen den Beitrag allein. ²Abweichend von Satz 1 werden

1. die auf Grund des Bezuges von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld zu zahlenden Beiträge von dem zuständigen Rehabilitationsträger,
2. die Beiträge für satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen einschließlich der Beiträge bei einer Weiterversicherung nach § 26 von der Gemeinschaft allein getragen.

(5) Den Beitragszuschlag für Kinderlose nach § 55 Abs. 3 trägt das Mitglied.

Fußnoten

§ 59 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 10 Nr. 7 G v. 24.3.1997 | 594 mWv 1.1.1998, d. Art. 6 Nr. 1 G v. 27.12.2003 | 3013 mWv 1.4.2004 u. d. Art. 8 Nr. 29 G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.4.2007
 § 59 Abs. 1 Satz 2: IdF d. Art. 6 Nr. 2 G v. 27.12.2003 | 3013 mWv 1.4.2004
 § 59 Abs. 2: IdF d. Art. 7 G v. 16.12.1997 | 2998 mWv 1.1.1998 u. d. Art. 10 Nr. 3 G v. 23.12.2003 | 2848 mWv 1.1.2004

§ 59 Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 5 Nr. 2 G v. 5.12.2012 | 2474 mWv 1.1.2013

§ 59 Abs. 2 Satz 2: Eingef. durch Art. 2c Nr. 2 G v. 21.7.2012 | 1601 mWv 1.8.2012; idF d. Art. 5 Nr. 2 G v. 16.7.2015 | 1211 mWv 23.7.2015

§ 59 Abs. 4 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 6b G v. 14.12.2001 | 3728 mWv 1.1.2002

§ 59 Abs. 4 Satz 2: IdF d. Art. 4 G v. 15.12.1995 | 1824 mWv 1.1.1995

§ 59 Abs. 5: Eingef. durch Art. 1 Nr. 4 G v. 15.12.2004 | 3448 mWv 1.1.2005

§ 60 Beitragszahlung

(1) ¹Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. ²§ 252 Abs. 1 Satz 2, die §§ 253 bis 256a des Fünften Buches und § 49 Satz 2, die §§ 50 und 50a des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gelten entsprechend. ³Die aus einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte und einer laufenden Geldleistung nach 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) ¹Für Bezieher von Krankengeld zahlen die Krankenkassen die Beiträge; für den Beitragsabzug gilt § 28g Satz 1 des Vierten Buches entsprechend. ²Die 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) ¹Die Beiträge sind an die Krankenkassen zu zahlen; in den in § 252 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches geregelten Fällen sind sie an den Gesundheitsfonds zu zahlen, der sie unverzüglich an den Ausgleichsfonds weiterzuleiten hat. ²Die nach Satz 1 eingegangenen Beiträge zur Pflegeversicherung sind von der Krankenkasse unverzüglich an die Pflegekasse weiterzuleiten. ³In den Fällen des § 252 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches ist das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds, im Übrigen sind die Pflegekassen zur Prüfung der ordnungsgemäßen Beitragszahlung berechtigt; § 251 Absatz 5 Satz 3 bis 7 des Fünften Buches gilt entsprechend. ⁴§ 24 Abs. 1 des Vierten Buches gilt. ⁵§ 252 Abs. 3 des Fünften Buches gilt mit der Maßgabe, dass die Beiträge zur Pflegeversicherung den Beiträgen zur Krankenversicherung gleichstehen.

(4) ¹Die Deutsche Rentenversicherung Bund leitet alle Pflegeversicherungsbeiträge aus Rentenleistungen der allgemeinen Rentenversicherung am fünften Arbeitstag des Monats, der dem Monat folgt, in dem die Rente fällig war, an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) weiter. ²Werden Rentenleistungen am letzten Bankarbeitstag des Monats ausgezahlt, der dem Monat vorausgeht, in dem sie fällig werden (§ 272a des Sechsten Buches), leitet die Deutsche Rentenversicherung Bund die darauf entfallenden Pflegeversicherungsbeiträge am fünften Arbeitstag des laufenden Monats an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung weiter.

(5) ¹Der Beitragszuschlag nach § 55 Abs. 3 ist von demjenigen zu zahlen, der die Beiträge zu zahlen hat. ²Wird der Pflegeversicherungsbeitrag von einem Dritten gezahlt, hat dieser einen Anspruch gegen das Mitglied auf den von dem Mitglied zu tragenden Beitragszuschlag. ³Dieser Anspruch kann von dem Dritten durch Abzug von der an das Mitglied zu erbringenden Geldleistung geltend gemacht werden.

(6) Wenn kein Abzug nach Absatz 5 möglich ist, weil der Dritte keine laufende Geldleistung an das Mitglied erbringen muss, hat das Mitglied den sich aus dem Beitragszuschlag ergebenden Betrag an die Pflegekasse zu zahlen.

(7) ¹Die Beitragszuschläge für die Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld und Kurzarbeitergeld, Ausbildungsgeld, Übergangsgeld und, soweit die Bundesagentur beitragszahlungspflichtig ist, für Bezieher von Berufsausbildungsbeihilfe nach dem Dritten Buch werden von der Bundesagentur für Arbeit pauschal in Höhe von 20 Millionen Euro pro Jahr an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 66) überwiesen. ²Die Bundesagentur für Arbeit kann mit Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales hinsichtlich der übernommenen Beträge Rückgriff bei den genannten Leistungsbeziehern nach dem Dritten Buch nehmen. ³Die Bundesagentur für Arbeit kann mit dem Bundesversicherungsamt Näheres zur Zahlung der Pauschale vereinbaren.

Fußnoten

§ 60 Abs. 1 Satz 2: IdF d. Art. 10 Nr. 8 G v. 24.3.1997 | 594 mWv 1.1.1998, d. Art. 8 Nr. 30 Buchst. a G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.1.2009, d. Art. 2a G v. 15.7.2013 | 2423 mWv 1.8.2013 u. d. Art. 5 Nr. 3 G v. 16.7.2015 | 1211 mWv 1.1.2016

§ 60 Abs. 1 Satz 3: IdF d. Art. 6 Nr. 3 G v. 29.7.1994 | 1890 mWv 1.1.1995

§ 60 Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 8 Nr. 30 Buchst. b G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.1.2009

§ 60 Abs. 3 Satz 3: IdF d. Art. 4 Nr. 3 G v. 22.12.2011 | 2983 mWv 1.1.2012

§ 60 Abs. 3 Satz 5: Eingef. durch Art. 2a Nr. 1 G v. 15.12.2008 | 2426 mWv 1.1.2009

§ 60 Abs. 4 Satz 1: IdF d. Art. 10 Nr. 4 Buchst. a G v. 9.12.2004 | 3242 mWv 1.10.2005

§ 60 Abs. 4 Satz 2: Eingef. durch Art. 4 G v. 27.12.2003 | 3019 mWv 1.3.2004; idF d. Art. 10 Nr. 4 Buchst. b G v. 9.12.2004 | 3242 mWv 1.10.2005

§ 60 Abs. 5 und 6: Eingef. durch Art. 1 Nr. 5 G v. 15.12.2004 | 3448 mWv 1.1.2005

§ 60 Abs. 7: Eingef. durch Art. 1 Nr. 5 G v. 15.12.2004 | 3448 mWv 1.1.2005

§ 60 Abs. 7 Satz 1: IdF d. Art. 8 Nr. 3 Buchst. a G v. 24.4.2006 | 926 mWv 1.1.2007 u. d. Art. 7 G v. 20.7.2006 | 1706 mWv 1.8.2006

§ 60 Abs. 7 Satz 2: IdF d. Art. 8 Nr. 3 Buchst. b G v. 24.4.2006 | 926 mWv 1.1.2007

Zweiter Abschnitt Beitragszuschüsse

§ 61 Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Privatversicherte

(1) ¹Beschäftigte, 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. ²Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilmäßig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet. ³Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch beziehen, ist zusätzlich zu dem Zuschuß nach Satz 1 die Hälfte des Betrages zu zahlen, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 58 Abs. 1 Satz 2 als Beitrag zu tragen hätte.

(2) ¹Beschäftigte, die in Erfüllung ihrer Versicherungspflicht nach den §§ 22 und 23 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, 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. ²Der 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. ³Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz 1 Satz 3 mit der Maßgabe, daß sie höchstens den Betrag erhalten, den sie tatsächlich zu zahlen haben. ⁴Bestehen innerhalb desselben Zeitraumes mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.

(3) ¹Für 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 Bundesministeriums der Verteidigung vom 30. November 1991 bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. ²Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Betrages, den Bezieher von Vorruhestandsgeld als versicherungspflichtig Beschäftigte ohne den Beitragszuschlag nach § 55 Abs. 3 zu zahlen hätten, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den sie ohne den Beitragszuschlag nach § 55 Abs. 3 zu zahlen haben. ³Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) ¹Die in § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, 7 oder 8 genannten Personen, für die nach § 23 Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht, erhalten vom zuständigen Leistungsträger einen Zuschuß zu ihrem privaten Pflegeversicherungsbeitrag. ²Als 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.

(5) Der Zuschuß nach den Absätzen 2, 3 und 4 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 oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Berechtigte den Zuschuss erhalten, nur für die Kranken- und Pflegeversicherung verwendet.

(6) ¹Das 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 5 genannten Voraussetzungen betreibt. ²Der Versicherungsnehmer hat diese Bescheinigung dem zur Zahlung des Beitragszuschusses Verpflichteten jeweils nach Ablauf von drei Jahren vorzulegen.

(7) ¹Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben und bei einem privaten Versicherungsunternehmen pflegeversichert sind, sowie Personen, für die der halbe Beitragssatz nach § 55 Abs. 1 Satz 2 gilt, haben gegenüber dem Arbeitgeber oder Dienstherrn, der die Beihilfe und Heilfürsorge zu Aufwendungen aus Anlaß der Pflege gewährt, keinen Anspruch auf einen Beitragszuschuß. ²Hinsichtlich der Beitragszuschüsse für Abgeordnete, ehemalige Abgeordnete und deren Hinterbliebene wird auf die Bestimmungen in den jeweiligen Abgeordnetengesetzen verwiesen.

Fußnoten

§ 61 Abs. 1 Satz 3: Eingef. durch Art. 10 Nr. 9 Buchst. a G v. 24.3.1997 | 594 mWv 1.1.1998; idF d. Art. 8 Nr. 4 Buchst. a G v. 24.4.2006 | 926 mWv 1.1.2007

§ 61 Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 3 § 56 Nr. 10 G v. 16.2.2001 | 266 mWv 1.8.2001

§ 61 Abs. 2 Satz 3: Eingef. durch Art. 10 Nr. 9 Buchst. b G v. 24.3.1997 | 594 mWv 1.1.1998; idF d. Art. 8 Nr. 4 Buchst. b G v. 24.4.2006 | 926 mWv 1.1.2007

§ 61 Abs. 2 Satz 4: Früher Satz 3 gem. Art. 10 Nr. 9 Buchst. b G v. 24.3.1997 | 594 mWv 1.1.1998

§ 61 Abs. 3: Früherer Abs. 3 aufgeh., früherer Abs. 4 jetzt Abs. 3 gem. Art. 1 Nr. 36 Buchst. a u. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 61 Abs. 3 (früher Abs. 4) Satz 1: IdF d. Art. 219 Nr. 7 V v. 29.10.2001 | 2785 mWv 7.11.2001

§ 61 Abs. 3 (früher Abs. 4) Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 6 Buchst. b G v. 15.12.2004 | 3448 mWv 1.1.2005

§ 61 Abs. 4: Früher Abs. 5 gem. Art. 1 Nr. 36 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 61 Abs. 4 (früher Abs. 5) Satz 1: IdF d. Art. 3 Nr. 5 Buchst. a G v. 22.12.1999 | 2626 mWv 1.1.2000

§ 61 Abs. 5: Früher Abs. 6 gem. Art. 1 Nr. 36 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 61 Abs. 5 Eingangssatz: IdF d. Art. 2a Nr. 2 Buchst. a G v. 15.12.2008 | 2426 mWv 1.7.2008

§ 61 Abs. 5 (früher Abs. 6) Nr. 3: IdF d. Art. 3 Nr. 5 Buchst. b G v. 22.12.1999 | 2626 mWv 1.7.2000

§ 61 Abs. 6: Früher Abs. 7 gem. Art. 1 Nr. 36 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 61 Abs. 6 Satz 1: IdF d. Art. 2a Nr. 2 Buchst. b G v. 15.12.2008 | 2426 mWv 1.7.2008

§ 61 Abs. 6 (früher Abs. 7) Satz 2: IdF d. Art. 3 Nr. 5 Buchst. c G v. 22.12.1999 | 2626 mWv 1.7.2000

§ 61 Abs. 7: Früher Abs. 8 gem. Art. 1 Nr. 36 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 61 Abs. 7 (früher Abs. 8) Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 24 G v. 14.6.1996 | 830 mWv 25.6.1996

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) ¹Die Betriebsmittel dürfen im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das Einfache des nach dem Haushaltsplan der Pflegekasse auf einen Monat entfallenden Betrages der in Absatz 1 Nr. 1 genannten Aufwendungen nicht übersteigen. ²Bei der Feststellung der vorhandenen Betriebsmittel sind die Forderungen und Verpflichtungen der Pflegekasse zu berücksichtigen, soweit sie nicht der Rücklage zuzuordnen sind. ³Durchlaufende 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 Ausgabeschwankungen innerhalb eines Haushaltsjahres nicht durch die Betriebsmittel ausgeglichen werden können.

(4) ¹Übersteigt die Rücklage das Rücklagesoll, so ist der übersteigende Betrag den Betriebsmitteln bis zu der in § 63 Abs. 2 genannten Höhe zuzuführen. ²Darüber hinaus verbleibende Überschüsse sind bis zum 15. des Monats an den Ausgleichsfonds nach § 65 zu überweisen.

(5) ¹Die Rücklage ist getrennt von den sonstigen Mitteln so anzulegen, daß sie für den nach Absatz 1 bestimmten Zweck verfügbar ist. ²Sie 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),
3. den vom Gesundheitsfonds überwiesenen Beiträgen der Versicherten.

(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.

(4) ¹Die dem Bundesversicherungsamt bei der Verwaltung des Ausgleichsfonds entstehenden Kosten werden durch die Mittel des Ausgleichsfonds gedeckt. ²Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen, die Näheres zu der Erstattung der Verwaltungskosten regeln.

Fußnoten

§ 65 Abs. 1 Nr. 2: IdF d. Art. 8 Nr. 31 Buchst. a G v. 26.3.2007 I 378 mWv 1.1.2009

§ 65 Abs. 1 Nr. 3: Eingef. durch Art. 8 Nr. 31 Buchst. b G v. 26.3.2007 I 378 mWv 1.1.2009

§ 65 Abs. 4: Eingef. durch Art. 2 Nr. 33 G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

§ 66 Finanzausgleich

(1) ¹Die Leistungsaufwendungen sowie die Verwaltungskosten der Pflegekassen werden von allen Pflegekassen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen. ²Zu diesem Zweck findet zwischen allen Pflegekassen ein Finanzausgleich statt. ³Das Bundesversicherungsamt führt den Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen durch. ⁴Es hat Näheres zur Durchführung des Finanzausgleichs mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu vereinbaren. ⁵Die Vereinbarung ist für die Pflegekasse verbindlich.

(2) Das Bundesversicherungsamt kann zur Durchführung des Zahlungsverkehrs nähere Regelungen mit der Deutschen Rentenversicherung Bund treffen.

Fußnoten

§ 66 Abs. 1 Satz 4: IdF d. Art. 8 Nr. 32 G v. 26.3.2007 I 378 mWv 1.7.2008

§ 66 Abs. 2: IdF d. Art. 10 Nr. 5 G v. 9.12.2004 I 3242 mWv 1.10.2005

§ 67 Monatlicher Ausgleich

(1) Jede Pflegekasse ermittelt bis zum 10. 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) ¹Sind 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. ²Sind 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.

Fußnoten

§ 67 Abs. 1 Eingangssatz: IdF d. Art. 1 Nr. 37 G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 68 Jahresausgleich

(1) ¹Nach Ablauf des Kalenderjahres wird zwischen den Pflegekassen ein Jahresausgleich durchgeführt. ²Nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller Pflegekassen und der Jahresrechnung

der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See 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 Gesundheit kann 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.

Fußnoten

§ 68 Abs. 1 Satz 2: IdF d. Art. 10 Nr. 6 G v. 9.12.2004 I 3242 mWv 1.10.2005

§ 68 Abs. 3: IdF d. Art. 219 Nr. 4 V v. 29.10.2001 I 2785 mWv 7.11.2001, d. Art. 212 Nr. 1 V v. 25.11.2003 I 2304 mWv 28.11.2003 u. d. Art. 264 Nr. 1 V v. 31.10.2006 I 2407 mWv 8.11.2006

Siebttes Kapitel Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern

Erster Abschnitt Allgemeine Grundsätze

§ 69 Sicherstellungsauftrag

¹Die 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). ²Sie schließen hierzu Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen (§ 71) und sonstigen Leistungserbringern. ³Dabei sind die Vielfalt, die Unabhängigkeit und Selbständigkeit sowie das Selbstverständnis der Träger von Pflegeeinrichtungen in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten.

Fußnoten

§ 69 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 4 G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002 u. d. Art. 1 Nr. 38 G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 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 mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 versorgen.

(1a) Auf ambulante Betreuungseinrichtungen, die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen (Betreuungsdienste), sind die Vorschriften dieses Buches, die für Pflegedienste gelten, entsprechend anzuwenden, soweit keine davon abweichende Regelung bestimmt ist.

(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. ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können.

(3) ¹Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne von Absatz 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als

1. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,
2. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
3. Altenpflegerin oder Altenpfleger

eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich. ²Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als ausgebildete Pflegefachkraft. ³Bei Betreuungsdiensten kann anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre (verantwortliche Fachkraft) eingesetzt werden. ⁴Die Rahmenfrist nach den Sätzen 1, 2 oder 3 beginnt acht Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Absatzes 1 oder 2 bestellt werden soll. ⁵Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde. ⁶Anerkennungen als verantwortliche Fachkraft, die im Rahmen der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste erfolgt sind, gelten fort. ⁷Für die Anerkennung einer verantwortlichen Fachkraft ist ferner ab dem 1. Juni 2021 ebenfalls Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme im Sinne von Satz 5 durchgeführt wurde.

(4) Stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser sind keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2.

(5) ¹Mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, erlässt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen spätestens bis zum 1. Juli 2019 Richtlinien zur näheren Abgrenzung, wann die in Absatz 4 Nummer 3 Buchstabe c in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung genannten Merkmale vorliegen und welche Kriterien bei der Prüfung dieser Merkmale mindestens heranzuziehen sind. ²Die Richtlinien nach Satz 1 sind im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene zu beschließen; die Länder, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sind zu beteiligen. ³Für die Richtlinien nach Satz 1 gilt § 17 Absatz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Genehmigung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erteilt und die Genehmigung als erteilt gilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden.

Fußnoten

§ 71 Abs. 1: IdF d. Art. 2 Nr. 33a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 71 Abs. 1a: Eingef. durch Art. 10 Nr. 7 Buchst. a G v. 6.5.2019 | 646 mWv 11.5.2019

§ 71 Abs. 2 Nr. 2: IdF d. Art. 1 Nr. 27 Buchst. a G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 71 Abs. 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 25 G v. 14.6.1996 | 830 mWv 25.6.1996

§ 71 Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 39 Buchst. a G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008 u. d. Art. 1 Nr. 27 Buchst. b DBuchst. aa G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 71 Abs. 3 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 27 Buchst. b DBuchst. aa G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 71 Abs. 3 Satz 3: Eingef. durch Art. 10 Nr. 7 Buchst. b DBuchst. aa G v. 6.5.2019 | 646 mWv 11.5.2019

§ 71 Abs. 3 Satz 4 (früher Satz 3): Eingef. durch Art. 1 Nr. 5 G v. 9.9.2001 | 2320 mWv 1.1.2002; idF d. Art. 1 Nr. 27 Buchst. b DBuchst. aa G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012; früherer Satz 3 jetzt Satz 4 gem. u. idF d. Art. 10 Nr. 7 Buchst. b DBuchst. aa u. bb G v. 6.5.2019 | 646 mWv 11.5.2019

§ 71 Abs. 3 Satz 5 (früher Satz 4): Eingef. durch Art. 1 Nr. 39 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008; früherer Satz 4 u. 5 aufgeh., früherer Satz 6 jetzt Satz 4 gem. Art. 1 Nr. 27 Buchst. b DBuchst. bb G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012; früherer Satz 4 jetzt Satz 5 gem. Art. 10 Nr. 7 Buchst. b DBuchst. aa G v. 6.5.2019 | 646 mWv 11.5.2019

§ 71 Abs. 3 Satz 6 u. 7: Eingef. durch Art. 10 Nr. 7 Buchst. b DBuchst. cc G v. 6.5.2019 | 646 mWv 11.5.2019

§ 71 Abs. 4: IdF d. Art. 10 Nr. 18 nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 | 1046 mWv 1.7.2001

§ 71 Abs. 5: Eingef. durch Art. 11 Nr. 14a G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

(1) ¹Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). ²In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).

(2) ¹Der 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; für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2) einschließlich für einzelne, eingestreute Pflegeplätze eines Pflegeeinrichtungsträgers, die vor Ort organisatorisch miteinander verbunden sind, kann, insbesondere zur Sicherstellung einer quartiersnahen Unterstützung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen, ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) geschlossen werden. ²Er ist für die Pflegeeinrichtung und für alle Pflegekassen im Inland unmittelbar verbindlich. ³Bei Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a sind bereits vorliegende Vereinbarungen aus der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste zu beachten.

(3) ¹Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die

1. den Anforderungen des § 71 genügen,
2. die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten sowie eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen, soweit diese nicht von einer Verordnung über Mindestentgeltsätze aufgrund des Gesetzes über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Arbeitnehmer-Entsendegesetz) erfasst sind,
3. sich verpflichten, nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln,
4. sich verpflichten, alle Expertenstandards nach § 113a anzuwenden;

ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages besteht, soweit und solange die Pflegeeinrichtung diese Voraussetzungen erfüllt. ²Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Pflegeeinrichtungen sollen die Versorgungsverträge vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern

abgeschlossen werden.³Bei ambulanten Pflegediensten ist in den Versorgungsverträgen der Einzugsbereich festzulegen, in dem die Leistungen zu erbringen sind.

(4)¹Mit Abschluß des Versorgungsvertrages wird die Pflegeeinrichtung für die Dauer des Vertrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten zugelassen.²Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet; dazu gehört bei ambulanten Pflegediensten auch die Durchführung von Beratungseinsätzen nach § 37 Absatz 3 auf Anforderung des Pflegebedürftigen.³Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Leistungen der Pflegeeinrichtung nach Maßgabe des Achten Kapitels zu vergüten.

(5) (aufgehoben)

Fußnoten

§ 72 Abs. 1 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 26 Buchst. a G v. 14.6.1996 I 830 mWv 25.6.1996 u. d. Art. 1 Nr. 40 Buchst. a G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 72 Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 40 Buchst. b G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008, d. Art. 1 Nr. 28 Buchst. a G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 30.10.2012 u. d. Art. 1 Nr. 15a G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017

§ 72 Abs. 2 Satz 3: Eingef. durch Art. 10 Nr. 8 Buchst. a G v. 6.5.2019 I 646 mWv 11.5.2019

§ 72 Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 40 Buchst. c DBuchst. aa G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2: IdF d. Art. 1 Nr. 28 Buchst. b G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 30.10.2012

§ 72 Abs. 3 Satz 3: IdF d. Art. 1 Nr. 40 Buchst. c DBuchst. bb G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 72 Abs. 4 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 26 Buchst. b G v. 14.6.1996 I 830 mWv 25.6.1996 u. d. Art. 10 Nr. 8 Buchst. b G v. 6.5.2019 I 646 mWv 11.5.2019

§ 72 Abs. 5: Aufgeh. durch Art. 1 Nr. 6 Buchst. b G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002

§ 73 Abschluß von Versorgungsverträgen

(1) Der Versorgungsvertrag ist schriftlich abzuschließen.

(2)¹Gegen die Ablehnung eines Versorgungsvertrages durch die Landesverbände der Pflegekassen ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben.²Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

(3)¹Mit 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.²Satz 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.³Satz 1 gilt auch dann nicht, wenn die Pflegeeinrichtung die Anforderungen nach § 72 Abs. 3 Satz 1 offensichtlich nicht erfüllt.⁴Die Pflegeeinrichtung hat bis spätestens zum 31. März 1995 die Voraussetzungen für den Bestandschutz 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.⁵Der 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.

Fußnoten

§ 73 Abs. 3 Satz 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 27 G v. 14.6.1996 I 830 mWv 25.6.1996

§ 73 Abs. 3 Satz 4 u. 5: Früher Satz 3 u. 4 gem. Art. 1 Nr. 27 G v. 14.6.1996 I 830 mWv 25.6.1996

§ 74 Kündigung von Versorgungsverträgen

(1) ¹Der 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; dies gilt auch, wenn die Pflegeeinrichtung ihre Pflicht wiederholt gröblich verletzt, Pflegebedürftigen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu bieten, die Hilfen darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten und angemessenen Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen. ²Vor Kündigung durch die Landesverbände der Pflegekassen ist das Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (§ 72 Abs. 2 Satz 1) herzustellen. ³Die Landesverbände der Pflegekassen können im Einvernehmen mit den zuständigen Trägern der Sozialhilfe zur Vermeidung der Kündigung des Versorgungsvertrages mit dem Träger der Pflegeeinrichtung insbesondere vereinbaren, dass

1. die verantwortliche Pflegefachkraft sowie weitere Leitungskräfte zeitnah erfolgreich geeignete Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen absolvieren,
2. die Pflege, Versorgung und Betreuung weiterer Pflegebedürftiger bis zur Beseitigung der Kündigungsgründe ganz oder teilweise vorläufig ausgeschlossen ist.

(2) ¹Der 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. ²Das gilt insbesondere dann, wenn Pflegebedürftige infolge der Pflichtverletzung zu Schaden kommen oder die Einrichtung nicht erbrachte Leistungen gegenüber den Kostenträgern abrechnet. ³Das gleiche gilt, wenn dem Träger eines Pflegeheimes nach den heimrechtlichen Vorschriften die Betriebserlaubnis entzogen oder der Betrieb des Heimes untersagt wird. ⁴Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) ¹Die Kündigung bedarf der Schriftform. ²Für Klagen gegen die Kündigung gilt § 73 Abs. 2 entsprechend.

Fußnoten

§ 74 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 41 Buchst. a DBuchst. aa G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 74 Abs. 1 Satz 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 41 Buchst. a DBuchst. bb G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 74 Abs. 2 Satz 3: IdF d. Art. 1 Nr. 41 Buchst. b G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

(1) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen schließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Land 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. ²Für 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. ³Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe, bei Rahmenverträgen über stationäre Pflege die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe als Vertragspartei am Vertragsschluß zu beteiligen. ⁴Die Rahmenverträge sind für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich.

(2) ¹Die Verträge regeln insbesondere:

1. den Inhalt der Pflegeleistungen einschließlich der Sterbebegleitung 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 Vertragsvoraussetzungen und der Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung, 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 und sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,
4. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege,
5. Abschläge 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 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen,
8. die Grundsätze zur Festlegung der örtlichen oder regionalen Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen, um Pflegeleistungen ohne lange Wege möglichst orts- und bürgernah anzubieten,
9. die Möglichkeiten, unter denen sich Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Pflegepersonen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in der häuslichen Pflege sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an der Betreuung Pflegebedürftiger beteiligen können,
10. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für die Zahlung einer ortsüblichen Vergütung an die Beschäftigten nach § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2,
11. die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise bei den Vergütungsverhandlungen.

²Durch die Regelung der sächlichen Ausstattung in Satz 1 Nr. 3 werden Ansprüche der Pflegeheimbewohner nach § 33 des Fünften Buches auf Versorgung mit Hilfsmitteln weder aufgehoben noch eingeschränkt.

(3) ¹Als Teil der Verträge nach Absatz 2 Nr. 3 sind entweder

1. landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder
2. landesweite Personalrichtwerte

zu vereinbaren. ²Dabei ist jeweils der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems zu beachten. ³Bei der Vereinbarung der Verfahren nach Satz 1 Nr. 1 sind auch in Deutschland erprobte und bewährte internationale Erfahrungen zu berücksichtigen. ⁴Die Personalrichtwerte nach Satz 1 Nr. 2 können als Bandbreiten vereinbart werden und umfassen bei teil- oder vollstationärer Pflege wenigstens

1. das Verhältnis zwischen der Zahl der Heimbewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte (in Vollzeitkräfte umgerechnet), unterteilt nach Pflegegrad (Personalanzahlzahlen), sowie
2. im Bereich der Pflege, der Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege zusätzlich den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal.

⁵Die Maßstäbe und Grundsätze nach Absatz 2 Nummer 3 sind auch daraufhin auszurichten, dass das Personal bei demselben Einrichtungsträger in verschiedenen Versorgungsbereichen flexibel eingesetzt werden kann.

(4) ¹Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 innerhalb von sechs Monaten ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Vertragsverhandlungen aufgefordert hat, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 76 festgesetzt. ²Satz 1 gilt auch für Verträge, mit denen bestehende Rahmenverträge geändert oder durch neue Verträge abgelöst werden sollen.

(5) ¹Die Verträge nach Absatz 1 können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. ²Satz 1 gilt entsprechend für die von der Schiedsstelle nach Absatz 4 getroffenen Regelungen. ³Diese können auch ohne Kündigung jederzeit durch einen Vertrag nach Absatz 1 ersetzt werden.

(6) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sollen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben. ²Sie arbeiten dabei mit den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Verbänden der Behinderten und der Pflegebedürftigen eng zusammen.

(7) ¹Der Spitzenverband Bund 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 ordnungsgemäßer Pflegebuchführung für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. ²Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt unmittelbar nach Aufhebung der gemäß § 83 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 erlassenen Rechtsverordnung in Kraft und ist den im Land tätigen zugelassenen Pflegeeinrichtungen von den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich bekannt zu geben. ³Sie ist für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

Fußnoten

§ 75 Überschrift: IdF d. Art. 1 Nr. 42 Buchst. a G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 75 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 7 Buchst. a G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002

§ 75 Abs. 1 Satz 3: IdF d. Art. 10 Nr. 7 G v. 27.12.2003 I 3022 mWv 1.1.2005

§ 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1: IdF d. Art. 3 Nr. 2 G v. 1.12.2015 I 2114 mWv 8.12.2015

§ 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2: IdF d. Art. 1 Nr. 16 Buchst. a DBuchst. aa G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017

§ 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 (früher Nr. 3): IdF d. Art. 1 Nr. 42 Buchst. b DBuchst. aa, jetzt Satz 1 Nr. 3 gem. Art. 1 Nr. 42 Buchst. b DBuchst. cc G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 (früher Nr. 7): IdF d. Art. 1 Nr. 7 Buchst. b G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002, jetzt Satz 1 Nr. 7 gem. Art. 1 Nr. 42 Buchst. b DBuchst. cc G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008; idF d. Art. 1 Nr. 16 Buchst. a DBuchst. bb G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017

§ 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 8 (früher Nr. 8): IdF d. Art. 1 Nr. 42 Buchst. b DBuchst. bb, jetzt Satz 1 Nr. 8 gem. Art. 1 Nr. 42 Buchst. b DBuchst. cc G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 9 (früher Nr. 9): Eingef. durch Art. 1 Nr. 42 Buchst. b DBuchst. bb, jetzt Satz 1 Nr. 9 gem. Art. 1 Nr. 42 Buchst. b DBuchst. cc G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008; idF d. Art. 1 Nr. 16 Buchst. a DBuchst. cc G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017

§ 75 Abs. 2 Satz 1 Nr. 10 u. 11: Eingef. durch Art. 1 Nr. 16 Buchst. a DBuchst. dd G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017

§ 75 Abs. 2 Satz 2: Eingef. durch Art. 1 Nr. 42 Buchst. b DBuchst. cc G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 75 Abs. 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 7 Buchst. c G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002; früherer Satz 5 aufgeh. durch Art. 2 Nr. 34 Buchst. b G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

§ 75 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1: IdF d. Art. 2 Nr. 34 Buchst. a G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

§ 75 Abs. 3 Satz 4 Nr. 2: IdF d. Art. 1 Nr. 16 Buchst. b G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017

§ 75 Abs. 3 Satz 5: Eingef. durch Art. 11 Nr. 15 G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019

§ 75 Abs. 4: Früher Abs. 3 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 7 Buchst. d G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002

§ 75 Abs. 5: Früher Abs. 4 gem. Art. 1 Nr. 7 Buchst. e G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002

§ 75 Abs. 5 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 7 Buchst. e G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002

§ 75 Abs. 6: Früher Abs. 5 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 7 Buchst. f G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002

§ 75 Abs. 6 Satz 1: IdF d. Art. 8 Nr. 33 G v. 26.3.2007 I 378 mWv 1.7.2008

§ 75 Abs. 7: Eingef. durch Art. 1 Nr. 42 Buchst. c G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 76 Schiedsstelle

(1) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen im Land bilden gemeinsam für jedes Land eine Schiedsstelle. ²Diese entscheidet in den ihr nach diesem Buch zugewiesenen Angelegenheiten.

(2) ¹Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern; für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden. ²Der Schiedsstelle gehört auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie der überörtlichen oder, sofern Landesrecht dies bestimmt, ein örtlicher Träger der Sozialhilfe im Land an, die auf die Zahl der Vertreter der Pflegekassen angerechnet werden. ³Die 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. ⁴Der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. ⁵Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch Los bestimmt. ⁶Soweit 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) ¹Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. ²Sie sind an Weisungen nicht gebunden. ³Jedes Mitglied hat eine Stimme. ⁴Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen. ⁵Ergibt 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.

(6) ¹Abweichend von § 85 Abs. 5 können die Parteien der Pflegesatzvereinbarung (§ 85 Abs. 2) gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson bestellen. ²Diese setzt spätestens bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nach ihrer Bestellung die Pflegesätze und den Zeitpunkt ihres Inkrafttretens fest. ³Gegen die Festsetzungsentscheidung kann ein Antrag auf gerichtliche Aufhebung nur gestellt werden, wenn die Festsetzung der öffentlichen Ordnung widerspricht. ⁴Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. ⁵§ 85 Abs. 6 gilt entsprechend.

Fußnoten

§ 76 Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 43 Buchst. a DBuchst. aa G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 76 Abs. 2 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 43 Buchst. a DBuchst. bb G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 76 Abs. 6: Eingef. durch Art. 1 Nr. 43 Buchst. b G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

Dritter Abschnitt Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern

§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

(1) ¹Zur Sicherstellung der körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36 soll die Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, um dem Pflegebedürftigen zu helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen oder dem besonderen Wunsch des Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen; Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. ²In dem

Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; § 112 ist entsprechend anzuwenden.³ Die Vergütungen sind für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 Absatz 1 zu vereinbaren.⁴ In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflegehilfe erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen.⁵ Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen.⁶ Die Sätze 4 und 5 gelten nicht, wenn

1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und
2. die vor dem 1. Mai 1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse aufgrund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.

⁷In den Pflegeverträgen zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegekräften sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen zu beschreiben.⁸ § 120 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(2) Die Pflegekassen können bei Bedarf einzelne Pflegekräfte zur Sicherstellung der körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36 anstellen, für die hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen die gleichen Anforderungen wie für die zugelassenen Pflegedienste nach diesem Buch gelten.

Fußnoten

§ 77 Abs. 1: IdF d. Art. 1 Nr. 29 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 77 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 2 Nr. 34a Buchst. a DBuchst. aa G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 77 Abs. 1 Satz 3: IdF d. Art. 2 Nr. 34a Buchst. a DBuchst. bb G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 77 Abs. 1 Satz 4: IdF d. Art. 2 Nr. 34a Buchst. a DBuchst. cc G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 77 Abs. 2: IdF d. Art. 2 Nr. 34a Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 78 Verträge über Pflegehilfsmittel

(1) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen schließt 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.² Abweichend von Satz 1 können die Pflegekassen Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln schließen, um dem Wirtschaftlichkeitsgebot verstärkt Rechnung zu tragen.³ Die §§ 36, 126 und 127 des Fünften Buches gelten entsprechend.

(2) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erstellt als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 des Fünften Buches ein systematisch strukturiertes Pflegehilfsmittelverzeichnis.² Darin sind die von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfassten Pflegehilfsmittel aufzuführen, soweit diese nicht bereits im Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind.³ Pflegehilfsmittel, die für eine leihweise Überlassung an die Versicherten geeignet sind, sind gesondert auszuweisen.⁴ Im Übrigen gilt § 139 des Fünften Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass die Verbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen vor Erstellung und Fortschreibung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses ebenfalls anzuhören sind.

(3) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen vereinbaren untereinander oder mit geeigneten Pflegeeinrichtungen das Nähere zur Ausleihe der hierfür nach Absatz 2 Satz 4 geeigneten Pflegehilfsmittel einschließlich ihrer Beschaffung, Lagerung, Wartung und Kontrolle.² Die Pflegebedürftigen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind von den Pflegekassen oder deren Verbänden in geeigneter Form über die Möglichkeit der Ausleihe zu unterrichten.

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

Fußnoten

§ 78 Abs. 1: IdF d. Art. 8 Nr. 34 Buchst. a G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.4.2007

§ 78 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 9 Buchst. a G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.7.2008
§ 78 Abs. 2: IdF d. Art. 8 Nr. 34 Buchst. a G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.4.2007
§ 78 Abs. 2 Satz 1 (früher Satz 2): IdF d. Art. 9 Buchst. b DBuchst. bb G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.7.2008; früherer Satz 1 aufgeh., früherer Satz 2 jetzt Satz 1 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 30 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012
§ 78 Abs. 2 Satz 2 bis 4: Früher Satz 3 bis 5 gem. Art. 1 Nr. 30 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012
§ 78 Abs. 3: IdF d. Art. 8 Nr. 34 Buchst. a G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.4.2007
§ 78 Abs. 4 (früher Abs. 5): IdF d. Art. 41 V v. 21.9.1997 | 2390 mWv 14.10.1997, d. Art. 219 Nr. 2 V v. 29.10.2001 | 2785 mWv 7.11.2001, d. Art. 212 Nr. 3 V v. 25.11.2003 | 2304 mWv 28.11.2003 u. d. Art. 264 Nr. 3 V v. 31.10.2006 | 2407 mWv 8.11.2006; früherer Abs. 4 aufgeh., früherer Abs. 5 jetzt Abs. 4 gem. Art. 8 Nr. 34 Buchst. b u. c G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.4.2007; idF d. Art. 11 Nr. 16 G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

Vierter Abschnitt Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Fußnoten

Vierter Abschn. (Überschrift): IdF d. Art. 1 Nr. 24 G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 79 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen

(1) ¹Die 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. ²Eine Prüfung ist nur zulässig, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht mehr erfüllt. ³Die Anhaltspunkte sind der Pflegeeinrichtung rechtzeitig vor der Anhörung mitzuteilen. ⁴Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

(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.

(4) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen können eine Abrechnungsprüfung selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige durchführen lassen, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung fehlerhaft abrechnet. ²Die Abrechnungsprüfung bezieht sich

1. auf die Abrechnung von Leistungen, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden, sowie
2. auf die Abrechnung der Leistungen für Unterkunft und Verpflegung (§ 87).

³Für die Abrechnungsprüfung sind Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie die Absätze 2 und 3 entsprechend anzuwenden.

Fußnoten

§ 79 Überschrift: IdF d. Art. 1 Nr. 17 Buchst. a G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
§ 79 Abs. 1 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 45 Buchst. a G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008
§ 79 Abs. 1 Satz 3 u. 4: Eingef. durch Art. 1 Nr. 45 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008
§ 79 Abs. 4: Eingef. durch Art. 1 Nr. 17 Buchst. b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 80 (weggefallen)

-

Fußnoten

§ 80: Aufgeh. durch Art. 1 Nr. 46 G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 80a (weggefallen)

-

Fußnoten

§ 80a: Aufgeh. durch Art. 1 Nr. 47 G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 81 Verfahrensregelungen

(1) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52) erfüllen die ihnen nach dem Siebten und Achten Kapitel zugewiesenen Aufgaben gemeinsam. ²Kommt eine Einigung ganz oder teilweise nicht zustande, erfolgt die Beschlussfassung durch die Mehrheit der in § 52 Abs. 1 Satz 1 genannten Stellen mit der Maßgabe, dass die Beschlüsse durch drei Vertreter der Ortskrankenkassen und durch zwei Vertreter der Ersatzkassen sowie durch je einen Vertreter der weiteren Stellen gefasst werden.

(2) ¹Bei Entscheidungen, die von den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe oder den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe gemeinsam zu treffen sind, werden die Arbeitsgemeinschaften oder die überörtlichen Träger mit zwei Vertretern an der Beschlussfassung nach Absatz 1 Satz 2 beteiligt. ²Kommt bei zwei Beschlussfassungen nacheinander eine Einigung mit den Vertretern der Träger der Sozialhilfe nicht zustande, kann jeder Beteiligte nach Satz 1 die Entscheidung des Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle nach § 76 verlangen. ³Sie entscheiden für alle Beteiligten verbindlich über die streitbefangenen Punkte unter Ausschluss des Rechtswegs. ⁴Die Kosten des Verfahrens nach Satz 2 und das Honorar des Vorsitzenden sind von allen Beteiligten anteilig zu tragen.

(3) ¹Bei Entscheidungen nach dem Siebten Kapitel, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit den Vertretern der Träger der Sozialhilfe gemeinsam zu treffen hat, stehen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in entsprechender Anwendung von Absatz 2 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2 neun und den Vertretern der Träger der Sozialhilfe zwei Stimmen zu. ²Absatz 2 Satz 2 bis 4 gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass bei Nichteinigung ein Schiedsstellenvorsitzender zur Entscheidung von den Beteiligten einvernehmlich auszuwählen ist.

Fußnoten

§ 81 Abs. 1: Früherer Satz 3 aufgeh. durch Art. 1 Nr. 10 Buchst. a G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002
§ 81 Abs. 1 Satz 2: IdF d. Art. 8 Nr. 36 Buchst. a G v. 26.3.2007 I 378 mWv 1.7.2008 u. d. Art. 1 Nr. 31 G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 30.10.2012

§ 81 Abs. 2: IdF d. Art. 1 Nr. 10 Buchst. b G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002

§ 81 Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 10 Nr. 8 Buchst. a G v. 27.12.2003 I 3022 mWv 1.1.2005 u. d. Art. 8 Nr. 36 Buchst. b G v. 26.3.2007 I 378 mWv 1.7.2008

§ 81 Abs. 2 Satz 2: IdF d. Art. 10 Nr. 8 Buchst. b G v. 27.12.2003 I 3022 mWv 1.1.2005

§ 81 Abs. 3: IdF d. Art. 8 Nr. 36 Buchst. c G v. 26.3.2007 I 378 mWv 1.7.2008

Achtes Kapitel Pflegevergütung

Erster Abschnitt Allgemeine Vorschriften

§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

(1) ¹Zugelassene 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.

²Die Pflegevergütung ist von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen. ³Sie umfasst auch die Betreuung und, soweit bei stationärer Pflege kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, die medizinische Behandlungspflege. ⁴Für 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 einschließlich Kapitalkosten, 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, Erbbauzins, 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) ¹Soweit betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nach Absatz 2 Nr. 1 oder Aufwendungen für Miete, Pacht, Erbbauzins, 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.

²Gleiches gilt, soweit die Aufwendungen nach Satz 1 vom Land durch Darlehen oder sonstige rückzahlbare Zuschüsse gefördert werden. ³Die 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 einschließlich der Berücksichtigung pauschalierter Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen sowie der zugrunde zu legenden Belegungsquote, wird durch Landesrecht bestimmt. ⁴Die Pauschalen müssen in einem angemessenen Verhältnis zur tatsächlichen Höhe der Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen stehen.

(4) ¹Pflegeeinrichtungen, die nicht nach Landesrecht gefördert werden, können ihre betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen den Pflegebedürftigen ohne Zustimmung der zuständigen Landesbehörde gesondert berechnen. ²Die gesonderte Berechnung ist der zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.

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

Fußnoten

§ 82 Abs. 1 Satz 2 u. 3: Früher Satz 2 gem. u. idF d. Art. 8 Nr. 37 G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.4.2007

§ 82 Abs. 1 Satz 3: IdF d. Art. 2 Nr. 35 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 82 Abs. 1 Satz 4: Früher Satz 3 gem. Art. 8 Nr. 37 G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.4.2007

§ 82 Abs. 2 Nr. 1: IdF d. Art. 2 Nr. 3 Buchst. a DBuchst. aa G v. 20.12.2012 | 2789 mWv 28.12.2012

§ 82 Abs. 2 Nr. 3: IdF d. Art. 7 Abs. 40 G v. 19.6.2001 | 1149 mWv 1.9.2001, d. Art. 1 Nr. 10a G v. 9.9.2001 | 2320 mWv 1.1.2002 u. d. Art. 2 Nr. 3 Buchst. a DBuchst. bb G v. 20.12.2012 | 2789 mWv 28.12.2012

§ 82 Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 7 Abs. 40 G v. 19.6.2001 | 1149 mWv 1.9.2001, d. Art. 1 Nr. 10a G v. 9.9.2001 | 2320 mWv 1.1.2002 u. d. Art. 2 Nr. 3 Buchst. b DBuchst. aa G v. 20.12.2012 | 2789 mWv 28.12.2012

§ 82 Abs. 3 Satz 3: IdF d. Art. 2 Nr. 3 Buchst. b DBuchst. bb G v. 20.12.2012 | 2789 mWv 28.12.2012

§ 82 Abs. 3 Satz 4: Eingef. durch Art. 2 Nr. 3 Buchst. b DBuchst. cc G v. 20.12.2012 | 2789 mWv 28.12.2012

§ 82a Ausbildungsvergütung

(1) Die Ausbildungsvergütung im Sinne dieser Vorschrift umfasst die Vergütung, die aufgrund von Rechtsvorschriften, Tarifverträgen, entsprechenden allgemeinen Vergütungsregelungen oder aufgrund vertraglicher Vereinbarungen an Personen, die nach Bundesrecht in der Altenpflege oder nach Landesrecht in der Altenpflegehilfe ausgebildet werden, während der Dauer ihrer praktischen oder theoretischen Ausbildung zu zahlen ist, sowie die nach § 17 Abs. 1a des Altenpflegegesetzes zu erstattenden Weiterbildungskosten.

(2) ¹Soweit eine nach diesem Gesetz zugelassene Pflegeeinrichtung nach Bundesrecht zur Ausbildung in der Altenpflege oder nach Landesrecht zur Ausbildung in der Altenpflegehilfe berechtigt oder verpflichtet ist, ist die Ausbildungsvergütung der Personen, die aufgrund eines entsprechenden Ausbildungsvertrages mit der Einrichtung oder ihrem Träger zum Zwecke der Ausbildung in der Einrichtung tätig sind, während der Dauer des Ausbildungsverhältnisses in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 1, § 89) berücksichtigungsfähig. ²Betreut die Einrichtung auch Personen, die nicht pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind, so ist in der Pflegevergütung nach Satz 1 nur der Anteil an der Gesamtsumme der Ausbildungsvergütungen berücksichtigungsfähig, der bei einer gleichmäßigen Verteilung der Gesamtsumme auf alle betreuten Personen auf die Pflegebedürftigen im Sinne dieses Buches entfällt. ³Soweit die Ausbildungsvergütung im Pflegesatz eines zugelassenen Pflegeheimes zu berücksichtigen ist, ist der Anteil, der auf die Pflegebedürftigen im Sinne dieses Buches entfällt, gleichmäßig auf alle pflegebedürftigen Heimbewohner zu verteilen. ⁴Satz 1 gilt nicht, soweit

1. die Ausbildungsvergütung oder eine entsprechende Vergütung nach anderen Vorschriften aufgebracht wird oder
2. die Ausbildungsvergütung durch ein landesrechtliches Umlageverfahren nach Absatz 3 finanziert wird.

⁵Die Ausbildungsvergütung ist in der Vergütungsvereinbarung über die allgemeinen Pflegeleistungen gesondert auszuweisen; die §§ 84 bis 86 und 89 gelten entsprechend.

(3) Wird die Ausbildungsvergütung ganz oder teilweise durch ein landesrechtliches Umlageverfahren finanziert, so ist die Umlage in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen nur insoweit berücksichtigungsfähig, als sie auf der Grundlage nachfolgender Berechnungsgrundsätze ermittelt wird:

1. Die Kosten der Ausbildungsvergütung werden nach einheitlichen Grundsätzen gleichmäßig auf alle zugelassenen ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen und die Altenheime im Land verteilt. ²Bei der Bemessung und Verteilung der Umlage ist sicherzustellen, daß der Verteilungsmaßstab nicht einseitig zu Lasten der zugelassenen Pflegeeinrichtungen gewichtet ist. ³Im übrigen gilt Absatz 2 Satz 2 und 3 entsprechend.
2. Die Gesamthöhe der Umlage darf den voraussichtlichen Mittelbedarf zur Finanzierung eines angemessenen Angebots an Ausbildungsplätzen nicht überschreiten.
3. Aufwendungen für die Vorhaltung, Instandsetzung oder Instandhaltung von Ausbildungsstätten (§§ 9, 82 Abs. 2 bis 4), für deren laufende Betriebskosten (Personal- und Sachkosten) sowie für die Verwaltungskosten der nach Landesrecht für das Umlageverfahren zuständigen Stelle bleiben unberücksichtigt.

(4) ¹Die Höhe der Umlage nach Absatz 3 sowie ihre Berechnungsfaktoren sind von der dafür nach Landesrecht zuständigen Stelle den Landesverbänden der Pflegekassen rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen mitzuteilen. ²Es genügt die Mitteilung an einen Landesverband; dieser leitet die Mitteilung unverzüglich an die übrigen Landesverbände und an die zuständigen Träger der Sozialhilfe weiter. ³Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen den nach Satz 1 Beteiligten über die ordnungsgemäße Bemessung und die Höhe des von den zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu zahlenden Anteils an der Umlage entscheidet die Schiedsstelle nach § 76 unter Ausschluß des Rechtsweges. ⁴Die Entscheidung ist für alle Beteiligten nach Satz 1 sowie für die Parteien der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel verbindlich; § 85 Abs. 5 Satz 1 und 2, erster Halbsatz, sowie Abs. 6 gilt entsprechend.

Fußnoten

§ 82a: Eingef. durch Art. 1 G v. 29.5.1998 I 1188 mWv 1.1.1998
§ 82a Abs. 1: IdF d. Art. 3b G v. 8.6.2005 I 1530 mWv 1.1.2006 u. d. Art. 1 Nr. 48 Buchst. a G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008
§ 82a Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 48 Buchst. b G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 82b Ehrenamtliche Unterstützung

(1) ¹Soweit und solange einer nach diesem Gesetz zugelassenen Pflegeeinrichtung, insbesondere

1. für die vorbereitende und begleitende Schulung,
2. für die Planung und Organisation des Einsatzes oder
3. für den Ersatz des angemessenen Aufwands

der Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie der ehrenamtlichen und sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und Organisationen, für von der Pflegeversicherung versorgte Leistungsempfänger nicht anderweitig gedeckte Aufwendungen entstehen, sind diese bei stationären Pflegeeinrichtungen in den Pflegesätzen (§ 84 Abs. 1) und bei ambulanten Pflegeeinrichtungen in den Vergütungen (§ 89) berücksichtigungsfähig. ²Die Aufwendungen können in der Vergütungsvereinbarung über die allgemeinen Pflegeleistungen gesondert ausgewiesen werden.

(2) ¹Stationäre Pflegeeinrichtungen können für ehrenamtliche Unterstützung als ergänzendes Engagement bei allgemeinen Pflegeleistungen Aufwandsentschädigungen zahlen. ²Absatz 1 gilt entsprechend.

Fußnoten

§ 82b: Eingef. durch Art. 1 Nr. 49 G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008
§ 82b Abs. 1: Früher einziger Text gem. Art. 1 Nr. 32 Buchst. a G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 30.10.2012
§ 82b Abs. 2: Eingef. durch Art. 1 Nr. 32 Buchst. b G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 30.10.2012

§ 83 Verordnung zur Regelung der Pflegevergütung

(1) ¹Die 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 einschließlich einer Kosten- und Leistungsrechnung; bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die neben den Leistungen nach diesem Buch auch andere Sozialleistungen im Sinne des Ersten Buches (gemischte Einrichtung) erbringen, kann der Anwendungsbereich der Verordnung auf den Gesamtbetrieb erstreckt werden,
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.

²§ 90 bleibt unberührt.

(2) Nach Erlass der Rechtsverordnung sind Rahmenverträge und Schiedsstellenregelungen nach § 75 zu den von der Verordnung erfassten Regelungsbereichen nicht mehr zulässig.

Fußnoten

§ 83 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3: IdF d. Art. 1 Nr. 11 Buchst. a G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002
§ 83 Abs. 2: IdF d. Art. 1 Nr. 11 Buchst. b G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002

Zweiter Abschnitt Vergütung der stationären Pflegeleistungen

§ 84 Bemessungsgrundsätze

(1) ¹Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die Betreuung und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, für die medizinische Behandlungspflege. ²In den Pflegesätzen dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen.

(2) ¹Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. ²Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, entsprechend den fünf Pflegegraden einzuteilen. ³Davon ausgehend sind bei vollstationärer Pflege nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln; dies gilt auch bei Änderungen der Leistungsbeträge. ⁴Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. ⁵Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. ⁶Für eine darüber hinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes. ⁷Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. ⁸Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten. ⁹Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden.

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

(4) ¹Mit den Pflegesätzen sind alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung (allgemeine Pflegeleistungen) abgegolten. ²Für 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.

(5) ¹In der Pflegesatzvereinbarung sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtung festzulegen. ²Hierzu gehören insbesondere

1. die Zuordnung des voraussichtlich zu versorgenden Personenkreises sowie Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die von der Einrichtung während des nächsten Pflegesatzzeitraums erwartet werden,
2. die von der Einrichtung für den voraussichtlich zu versorgenden Personenkreis individuell vorzuhaltende personelle Ausstattung, gegliedert nach Berufsgruppen, sowie
3. Art und Umfang der Ausstattung der Einrichtung mit Verbrauchsgütern (§ 82 Abs. 2 Nr. 1).

(6) ¹Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, mit der vereinbarten personellen Ausstattung die Versorgung der Pflegebedürftigen jederzeit sicherzustellen. ²Er hat bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Pflegebedürftigen nicht beeinträchtigt wird. ³Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Träger der Einrichtung in einem Personalabgleich nachzuweisen, dass die vereinbarte Personalausstattung tatsächlich bereitgestellt und bestimmungsgemäß eingesetzt wird. ⁴Das Nähere zur Durchführung des Personalabgleichs wird in den Verträgen nach § 75 Abs. 1 und 2 geregelt.

(7) ¹Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, im Falle einer Vereinbarung der Pflegesätze auf Grundlage der Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten jederzeit einzuhalten. ²Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Träger der Einrichtung dieses nachzuweisen. ³Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. ⁴Das Nähere zur Durchführung des Nachweises wird in den Verträgen nach § 75 Absatz 1 und 2 geregelt.

(8) ¹Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Leistungen nach § 43b. ²Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. ³Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen abgegolten. ⁴Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

Fußnoten

§ 84 Abs. 1: IdF d. Art. 8 Nr. 38 G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.4.2007

§ 84 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 2 Nr. 36 Buchst. a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 84 Abs. 2 Satz 2: IdF d. Art. 2 Nr. 36 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 84 Abs. 2 Satz 3: IdF d. Art. 2a Nr. 3 G v. 11.10.2016 | 2233 mWv 1.1.2017

§ 84 Abs. 2 Satz 4: IdF d. Art. 1 Nr. 33 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012 u. d. Art. 1 Nr. 17a Buchst. a DBuchst. aa G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 84 Abs. 2 Satz 5: Eingef. durch Art. 1 Nr. 24a Buchst. a G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015; idF d. Art. 1 Nr. 17a Buchst. a DBuchst. bb G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 84 Abs. 2 Satz 6: Eingef. durch Art. 1 Nr. 17a Buchst. a DBuchst. cc G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 84 Abs. 2 Satz 7 u. 8: Früher Satz 6 u. 7 gem. Art. 1 Nr. 17a Buchst. a DBuchst. cc G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 84 Abs. 2 Satz 9 (früher Satz 8): Eingef. durch Art. 1 Nr. 50 Buchst. a DBuchst. bb G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008; jetzt Satz 9 gem. Art. 1 Nr. 17a Buchst. a DBuchst. cc G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 84 Abs. 5 u. 6: Eingef. durch Art. 1 Nr. 50 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 84 Abs. 7: Eingef. durch Art. 1 Nr. 24a Buchst. b G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 84 Abs. 7 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 17a Buchst. b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 84 Abs. 8: Eingef. durch Art. 2 Nr. 36 Buchst. c G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 85 Pflegesatzverfahren

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

(2) ¹Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) sind der Träger des einzelnen zugelassenen Pflegeheimes sowie

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger,
2. die für die Bewohner des Pflegeheimes zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie
3. die Arbeitsgemeinschaften der unter Nummer 1 und 2 genannten Träger,

soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen jeweils mehr als fünf vom Hundert der Berechnungstage des Pflegeheimes entfallen.

²Die Pflegesatzvereinbarung ist für jedes zugelassene Pflegeheim gesondert abzuschließen; § 86 Abs. 2 bleibt unberührt. ³Die Vereinigungen der Pflegeheime im Land, die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Land können sich am Pflegesatzverfahren beteiligen.

(3) ¹Die Pflegesatzvereinbarung ist im voraus, vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode des Pflegeheimes, für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) zu treffen. ²Das Pflegeheim hat Art, Inhalt, Umfang und Kosten der Leistungen, für die es eine Vergütung beansprucht, durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Nachweise rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen darzulegen; es hat außerdem die schriftliche Stellungnahme der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner beizufügen. ³Soweit dies zur Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall erforderlich ist, hat das Pflegeheim auf Verlangen einer Vertragspartei zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. ⁴Hierzu gehören auch pflegesatzerhebliche Angaben zum Jahresabschluß entsprechend den Grundsätzen ordnungsgemäßer Pflegebuchführung, zur personellen und sachlichen Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Kosten sowie zur tatsächlichen Stellenbesetzung und Eingruppierung. ⁵Dabei sind insbesondere die in der Pflegesatzverhandlung geltend gemachten, voraussichtlichen Personalkosten einschließlich entsprechender Erhöhungen im Vergleich zum bisherigen Pflegesatzzeitraum vorzuweisen. ⁶Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

(4) ¹Die Pflegesatzvereinbarung kommt durch Einigung zwischen dem Träger des Pflegeheimes und der Mehrheit der Kostenträger nach Absatz 2 Satz 1 zustande, die an der Pflegesatzverhandlung teilgenommen haben. ²Sie ist schriftlich abzuschließen. ³Soweit Vertragsparteien sich bei den Pflegesatzverhandlungen durch Dritte vertreten lassen, haben diese vor Verhandlungsbeginn den übrigen Vertragspartei eine schriftliche Verhandlungs- und Abschlußvollmacht vorzulegen.

(5) ¹Kommt 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, in der Regel binnen drei Monaten, fest. ²Satz 1 gilt auch, soweit der nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 zuständige Träger der Sozialhilfe der Pflegesatzvereinbarung innerhalb von zwei Wochen nach Vertragsschluß widerspricht; der Träger der Sozialhilfe kann im voraus verlangen, daß an Stelle der gesamten Schiedsstelle nur der Vorsitzende und die beiden weiteren unparteiischen Mitglieder oder nur der Vorsitzende allein entscheiden. ³Gegen die Festsetzung ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. ⁴Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

(6) ¹Pflegesatzvereinbarungen sowie Schiedsstellenentscheidungen nach Absatz 5 Satz 1 oder 2 treten zu dem darin unter angemessener Berücksichtigung der Interessen der Pflegeheimbewohner bestimmten Zeitpunkt in Kraft; sie sind für das Pflegeheim sowie für die in dem Heim versorgten Pflegebedürftigen und deren Kostenträger unmittelbar verbindlich. ²Ein rückwirkendes Inkrafttreten von Pflegesätzen ist nicht zulässig. ³Nach Ablauf des Pflegesatzzeitraums gelten die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze bis zum Inkrafttreten neuer Pflegesätze weiter.

(7) ¹Bei 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. ²Dies gilt insbesondere bei einer erheblichen Abweichung der tatsächlichen Bewohnerstruktur. ³Die Absätze 3 bis 6 gelten entsprechend. ⁴Im Fall von Satz 2 kann eine Festsetzung der Pflegesätze durch die Schiedsstelle abweichend von Satz 3 in Verbindung mit Absatz 5 Satz 1 bereits nach einem Monat beantragt werden.

(8) ¹Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 8 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die stationäre Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen über zusätzliches Betreuungspersonal, in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
2. in der Regel für jeden Pflegebedürftigen 5 Prozent der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und

3. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige nicht erbracht wird.

²Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind von der stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des stationären Pflegevertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinzuweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot besteht. ³Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

Fußnoten

§ 85 Abs. 2: IdF d. Art. 1 Nr. 31 Buchst. a G v. 14.6.1996 | 830 mWv 25.6.1996

§ 85 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1: IdF d. Art. 1 Nr. 51 Buchst. a DBuchst. aa G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 85 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2: IdF d. Art. 1 Nr. 51 Buchst. a DBuchst. bb G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 85 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 51 Buchst. a DBuchst. cc G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 85 Abs. 3 Satz 2 bis 5: Früher Satz 2 bis 4 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 31 Buchst. b G v. 14.6.1996 | 830 mWv 25.6.1996

§ 85 Abs. 3 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 12 G v. 9.9.2001 | 2320 mWv 1.1.2002 u. d. Art. 1 Nr. 51 Buchst. b DBuchst. aa G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 85 Abs. 3 Satz 4: IdF d. Art. 1 Nr. 51 Buchst. b DBuchst. bb G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 85 Abs. 3 Satz 5: Eingef. durch Art. 1 Nr. 17b Buchst. a G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 85 Abs. 3 Satz 6: Früher Satz 5 gem. Art. 1 Nr. 17b Buchst. a G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 85 Abs. 5 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 17b Buchst. b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 85 Abs. 5 Satz 2: Eingef. durch Art. 1 Nr. 31 Buchst. c G v. 14.6.1996 | 830 mWv 25.6.1996; idF d. Art. 10 Nr. 9 G v. 27.12.2003 | 3022 mWv 1.1.2005

§ 85 Abs. 5 Satz 3: Früher Satz 2 gem. Art. 1 Nr. 31 Buchst. c G v. 14.6.1996 | 830 mWv 25.6.1996

§ 85 Abs. 5 Satz 4: Früher Satz 3 gem. Art. 1 Nr. 31 Buchst. c G v. 14.6.1996 | 830 mWv 25.6.1996

§ 85 Abs. 6 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 31 Buchst. d G v. 14.6.1996 | 830 mWv 25.6.1996 u. d. Art. 1 Nr. 51 Buchst. c G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 85 Abs. 7: IdF d. Art. 2 Nr. 37 Buchst. a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 85 Abs. 8: Eingef. durch Art. 2 Nr. 37 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 86 Pflegesatzkommission

(1) ¹Die 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. ²§ 85 Abs. 3 bis 7 gilt entsprechend.

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

(3) ¹Die 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. ²Satz 1 gilt nicht, soweit für das Pflegeheim verbindliche Regelungen nach § 75 getroffen worden sind.

Fußnoten

§ 86 Abs. 2: IdF d. Art. 1 Nr. 32 G v. 14.6.1996 | 830 mWv 25.6.1996

§ 87 Unterkunft und Verpflegung

¹Die als Pflegesatzparteien betroffenen Leistungsträger (§ 85 Abs. 2) vereinbaren mit dem Träger des Pflegeheimes die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Entgelte für die Unterkunft und für die Ver-

pflegung jeweils getrennt. ²Die Entgelte müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. ³§ 84 Abs. 3 und 4 und die §§ 85 und 86 gelten entsprechend; § 88 bleibt unberührt.

Fußnoten

§ 87 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 52 G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 87a Berechnung und Zahlung des Heimentgelts

(1) ¹Die Pflegesätze, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten (Gesamtheimentgelt) werden für den Tag der Aufnahme des Pflegebedürftigen in das Pflegeheim sowie für jeden weiteren Tag des Heimaufenthalts berechnet (Berechnungstag). ²Die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger endet mit dem Tag, an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt. ³Zieht ein Pflegebedürftiger in ein anderes Heim um, darf nur das aufnehmende Pflegeheim ein Gesamtheimentgelt für den Verlegungstag berechnen. ⁴Von den Sätzen 1 bis 3 abweichende Vereinbarungen zwischen dem Pflegeheim und dem Heimbewohner oder dessen Kostenträger sind nichtig. ⁵Der Pflegeplatz ist im Fall vorübergehender Abwesenheit vom Pflegeheim für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für den Pflegebedürftigen freizuhalten. ⁶Abweichend hiervon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte. ⁷In den Rahmenverträgen nach § 75 sind für die nach den Sätzen 5 und 6 bestimmten Abwesenheitszeiträume, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge von mindestens 25 vom Hundert der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b vorzusehen.

(2) ¹Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass der pflegebedürftige Heimbewohner auf Grund der Entwicklung seines Zustands einem höheren Pflegegrad zuzuordnen ist, so ist er auf schriftliche Aufforderung des Heimträgers verpflichtet, bei seiner Pflegekasse die Zuordnung zu einer höheren Pflegestufe zu beantragen. ²Die Aufforderung ist zu begründen und auch der Pflegekasse sowie bei Sozialhilfeempfängern dem zuständigen Träger der Sozialhilfe zuzuleiten. ³Weigert sich der Heimbewohner, den Antrag zu stellen, kann der Heimträger ihm oder seinem Kostenträger ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach der Aufforderung vorläufig den Pflegesatz nach dem nächsthöheren Pflegegrad berechnen. ⁴Werden die Voraussetzungen für einen höheren Pflegegrad vom Medizinischen Dienst nicht bestätigt und lehnt die Pflegekasse eine Höherstufung deswegen ab, hat das Pflegeheim dem Pflegebedürftigen den überzahlten Betrag unverzüglich zurückzuzahlen; der Rückzahlungsbetrag ist rückwirkend ab dem in Satz 3 genannten Zeitpunkt mit wenigstens 5 vom Hundert zu verzinsen.

(3) ¹Die dem pflegebedürftigen Heimbewohner nach den §§ 41 bis 43 zustehenden Leistungsbeträge sind von seiner Pflegekasse mit befreiender Wirkung unmittelbar an das Pflegeheim zu zahlen. ²Maßgebend für die Höhe des zu zahlenden Leistungsbetrags ist der Leistungsbescheid der Pflegekasse, unabhängig davon, ob der Bescheid bestandskräftig ist oder nicht. ³Die von den Pflegekassen zu zahlenden Leistungsbeträge werden bei vollstationärer Pflege (§ 43) zum 15. eines jeden Monats fällig.

(4) ¹Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 2 952 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 ist. ²Der Betrag wird entsprechend § 30 angepasst. ³Der von der Pflegekasse gezahlte Betrag ist von der Pflegeeinrichtung zurückzuzahlen, wenn der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten in einen höheren Pflegegrad oder wieder als pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 eingestuft wird.

Fußnoten

§ 87a: Eingef. durch Art. 1 Nr. 13 G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002, dieser idF d. Art 4 Nr. 2 G v. 14.12.2001 I 3728 mWv 21.12.2001

§ 87a Abs. 1 Satz 5 bis 7: Eingef. durch Art. 1 Nr. 53 Buchst. a G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 87a Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 2 Nr. 38 Buchst. a DBuchst. aa G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

§ 87a Abs. 2 Satz 2: IdF d. Art. 10 Nr. 10 G v. 27.12.2003 I 3022 mWv 1.1.2005

§ 87a Abs. 2 Satz 3: IdF d. Art. 2 Nr. 38 Buchst. a DBuchst. bb G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

§ 87a Abs. 2 Satz 4: IdF d. Art. 2 Nr. 38 Buchst. a DBuchst. cc G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017
§ 87a Abs. 3 Satz 3: IdF d. Art. 1 Nr. 53 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008
§ 87a Abs. 4: Eingef. durch Art. 1 Nr. 53 Buchst. c G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008
§ 87a Abs. 4 Satz 1: IdF d. Art. 2 Nr. 38 Buchst. b DBuchst. aa G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017
§ 87a Abs. 4 Satz 3: IdF d. Art. 2 Nr. 38 Buchst. b DBuchst. bb G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 87b (weggefallen)

Fußnoten

§ 87b: Aufgeh. durch Art. 2 Nr. 39 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 88 Zusatzleistungen

(1) ¹Neben 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). ²Der 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) ¹Die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe 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. ²Sie muß leistungsgerecht sein. ³Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. ⁴Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. ⁵Für eine darüber hinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes. ⁶Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

(2) ¹Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung sind die Träger des Pflegedienstes sowie

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger,
2. die Träger der Sozialhilfe, die für die durch den Pflegedienst versorgten Pflegebedürftigen zuständig sind, sowie

3. die Arbeitsgemeinschaften der unter Nummer 1 und 2 genannten Träger,

soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Vergütungsverhandlungen jeweils mehr als 5 vom Hundert der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen. ²Die Vergütungsvereinbarung ist für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen und gilt für den nach § 72 Abs. 3 Satz 3 vereinbarten Einzugsbereich, soweit nicht ausdrücklich etwas Abweichendes vereinbart wird.

(3) ¹Die 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. ²Die Vergütungen haben zu berücksichtigen, dass Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können; die sich aus einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse kommen den Pflegebedürftigen zugute. ³Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches vorzusehen sind, zu berücksichtigen. ⁴§ 84 Absatz 4 Satz 2 und Absatz 7, § 85 Absatz 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.

Fußnoten

§ 89 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 2 Nr. 40 Buchst. a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 89 Abs. 1 Satz 3 bis 5: Früher Satz 3 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 26a Buchst. a G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 89 Abs. 1 Satz 3: IdF d. Art. 1 Nr. 17c Buchst. a G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 89 Abs. 1 Satz 4: IdF d. Art. 1 Nr. 17c Buchst. b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 89 Abs. 1 Satz 5: Eingef. durch Art. 1 Nr. 17c Buchst. c G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 89 Abs. 1 Satz 6: Früher Satz 5 gem. Art. 1 Nr. 17c Buchst. c G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 89 Abs. 2: IdF d. Art. 1 Nr. 54 Buchst. a G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 89 Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 35 Buchst. b G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012 u. d. Art. 1 Nr. 26a Buchst. b DBuchst. aa G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 89 Abs. 3 Satz 2: Eingef. durch Art. 1 Nr. 54 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 89 Abs. 3 Satz 3: Eingef. durch Art. 11 Nr. 17 G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

§ 89 Abs. 3 Satz 4 (früher Satz 3): Früherer Satz 2 wurde Satz 4 gem. Art. 1 Nr. 54 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008; idF d. Art. 1 Nr. 26a Buchst. b DBuchst. bb G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015; früherer Satz 3 aufgeh., früherer Satz 4 jetzt Satz 3 gem. Art. 2 Nr. 40 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017; früherer Satz 3, jetzt Satz 4 gem. Art. 11 Nr. 17 G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

§ 90 Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

(1) ¹Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe zu erlassen, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfaßt ist. ²Die Vergütung muß leistungsgerecht sein, den Bemessungsgrundsätzen nach § 89 entsprechen und hinsichtlich ihrer Höhe regionale Unterschiede berücksichtigen. ³§ 82 Abs. 2 gilt entsprechend. ⁴In der Verordnung ist auch das Nähere zur Abrechnung der Vergütung zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten zu regeln.

(2) ¹Die Gebührenordnung gilt nicht für die Vergütung von ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe durch Familienangehörige und sonstige Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. ²Soweit 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.

Fußnoten

§ 90 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 41 V v. 21.9.1997 | 2390 mWv 14.10.1997, d. Art. 219 Nr. 2 V v.

29.10.2001 | 2785 mWv 7.11.2001, d. Art. 212 Nr. 2 V v. 25.11.2003 | 2304 mWv 28.11.2003, d. Art.

Vierter Abschnitt Kostenerstattung, Pflegeheimvergleich

Fußnoten

Vierter Abschnitt (Überschr. vor § 91): IdF d. Art. 1 Nr. 24 G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 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) ¹Den Pflegebedürftigen werden die ihnen von den Einrichtungen nach Absatz 1 berechneten Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen erstattet. ²Die 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. ³Eine 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 (weggefallen)

Fußnoten

§ 92: Aufgeh. durch Art. 1 Nr. 25 G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 92a Pflegeheimvergleich

(1) ¹Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einen Pflegeheimvergleich anzuordnen, insbesondere mit dem Ziel,

1. die Landesverbände der Pflegekassen bei der Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen (§ 79, Elftes Kapitel),
2. die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 bei der Bemessung der Vergütungen und Entgelte sowie
3. die Pflegekassen bei der Erstellung der Leistungs- und Preisvergleichslisten (§ 7 Abs. 3)

zu unterstützen. ²Die Pflegeheime sind länderbezogen, Einrichtung für Einrichtung, insbesondere hinsichtlich ihrer Leistungs- und Belegungsstrukturen, ihrer Pflegesätze und Entgelte sowie ihrer gesondert berechenbaren Investitionskosten miteinander zu vergleichen.

(2) In der Verordnung nach Absatz 1 sind insbesondere zu regeln:

1. die Organisation und Durchführung des Pflegeheimvergleichs durch eine oder mehrere von dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen oder den Landesverbänden der Pflegekassen gemeinsam beauftragte Stellen,
2. die Finanzierung des Pflegeheimvergleichs aus Verwaltungsmitteln der Pflegekassen,
3. die Erhebung der vergleichsnotwendigen Daten einschließlich ihrer Verarbeitung.

(3) ¹Zur Ermittlung der Vergleichsdaten ist vorrangig auf die verfügbaren Daten aus den Versorgungsverträgen sowie den Pflegesatz- und Entgeltvereinbarungen über

1. die Versorgungsstrukturen einschließlich der personellen und sächlichen Ausstattung,
2. die Leistungen, Pflegesätze und sonstigen Entgelte der Pflegeheime

und auf die Daten aus den Vereinbarungen über Zusatzleistungen zurückzugreifen. ²Soweit dies für die Zwecke des Pflegeheimvergleichs erforderlich ist, haben die Pflegeheime der mit der Durchführung des Pflegeheimvergleichs beauftragten Stelle auf Verlangen zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, insbesondere auch über die von ihnen gesondert berechneten Investitionskosten (§ 82 Abs. 3 und 4).

(4) ¹Durch die Verordnung nach Absatz 1 ist sicherzustellen, dass die Vergleichsdaten

1. den zuständigen Landesbehörden,
2. den Vereinigungen der Pflegeheimträger im Land,
3. den Landesverbänden der Pflegekassen,
4. dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung,
5. dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Land sowie
6. den nach Landesrecht zuständigen Trägern der Sozialhilfe

zugänglich gemacht werden. ²Die Beteiligten nach Satz 1 sind befugt, die Vergleichsdaten ihren Verbänden oder Vereinigungen auf Bundesebene zu übermitteln; die Landesverbände der Pflegekassen sind verpflichtet, die für Prüfungszwecke erforderlichen Vergleichsdaten den von ihnen zur Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen bestellten Sachverständigen zugänglich zu machen.

(5) ¹Vor Erlass der Rechtsverordnung nach Absatz 1 sind der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeheime auf Bundesebene anzuhören. ²Im Rahmen der Anhörung können diese auch Vorschläge für eine Rechtsverordnung nach Absatz 1 oder für einzelne Regelungen einer solchen Rechtsverordnung vorlegen.

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen oder die Landesverbände der Pflegekassen sind berechtigt, jährlich Verzeichnisse der Pflegeheime mit den im Pflegeheimvergleich ermittelten Leistungs-, Belegungs- und Vergütungsdaten zu veröffentlichen.

(7) Personenbezogene Daten sind vor der Datenübermittlung oder der Erteilung von Auskünften zu anonymisieren.

(8) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einen länderbezogenen Vergleich über die zugelassenen Pflegedienste (Pflegedienstvergleich) in entsprechender Anwendung der vorstehenden Absätze anzuordnen.

Fußnoten

§ 92a: Eingef. durch Art. 1 Nr. 15 G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002

§ 92a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3: Frühere Nr. 1 u. 2 aufgeh., frühere Nr. 3 bis 5 jetzt Nr. 1 bis 3 gem. Art. 1 Nr. 55 Buchst. a DBuchst. aa u. bb G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 92a Abs. 2 Nr. 1: IdF d. Art. 8 Nr. 39 Buchst. a G v. 26.3.2007 I 378 mWv 1.7.2008

§ 92a Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 55 Buchst. b G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 92a Abs. 4 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 55 Buchst. c G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 92a Abs. 5 Satz 1: IdF d. Art. 8 Nr. 39 Buchst. b G v. 26.3.2007 I 378 mWv 1.7.2008

§ 92a Abs. 6: IdF d. Art. 8 Nr. 39 Buchst. c G v. 26.3.2007 I 378 mWv 1.7.2008

§ 92a Abs. 8: Früherer Satz 1 aufgeh., früherer Satz 2 jetzt einziger Text gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 55 Buchst. d DBuchst. aa u. bb G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

Fünfter Abschnitt Integrierte Versorgung

Fußnoten

Fünfter Abschnitt (Überschrift vor § 92b): IdF d. Art. 1 Nr. 26 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 92b Integrierte Versorgung

(1) Die Pflegekassen können mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und den weiteren Vertragspartnern nach § 140a Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Verträge zur integrierten Versorgung schließen oder derartigen Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner beitreten.

(2) ¹In den Verträgen nach Absatz 1 ist das Nähere über Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen der integrierten Versorgung sowie deren Vergütung zu regeln. ²Diese Verträge können von den Vorschriften der §§ 75, 85 und 89 abweichende Regelungen treffen, wenn sie dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entsprechen, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch die Pflegeeinrichtungen verbessern oder aus sonstigen Gründen zur Durchführung der integrierten Versorgung erforderlich sind. ³In den Pflegevergütungen dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen. ⁴Soweit Pflegeeinrichtungen durch die integrierte Versorgung Mehraufwendungen für Pflegeleistungen entstehen, vereinbaren die Beteiligten leistungsgerechte Zuschläge zu den Pflegevergütungen (§§ 85 und 89). ⁵§ 140a Absatz 2 Satz 1 bis 3 des Fünften Buches gilt für Leistungsansprüche der Pflegeversicherten gegenüber ihrer Pflegekasse entsprechend.

(3) § 140a Absatz 4 des Fünften Buches gilt für die Teilnahme der Pflegeversicherten an den integrierten Versorgungsformen entsprechend.

Fußnoten

Fünfter Abschn. (§ 92b): Eingef. durch Art. 8 Nr. 40 G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.4.2007
§ 92b Abs. 1: IdF d. Art. 5 Nr. 4 Buchst. a G v. 16.7.2015 | 1211 mWv 23.7.2015
§ 92b Abs. 2 Satz 5: IdF d. Art. 5 Nr. 4 Buchst. b G v. 16.7.2015 | 1211 mWv 23.7.2015
§ 92b Abs. 3: IdF d. Art. 5 Nr. 4 Buchst. c G v. 16.7.2015 | 1211 mWv 23.7.2015

Sechster Abschnitt (weggefallen)

Fußnoten

Sechster Abschnitt (§§ 92c bis 92f): Aufgeh. durch Art. 8 Abs. 4 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.7.2017

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, 28 und 28a) sowie die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen,
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, der Abrechnung und der Qualität der Leistungserbringung (§§ 79, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117),
- 6a. den Abschluss und die Durchführung von Pflegesatzvereinbarungen (§§ 85, 86), Vergütungsvereinbarungen (§ 89) sowie Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b),
7. die Aufklärung und Auskunft (§ 7),
8. die Koordinierung pflegerischer Hilfen (§ 12), die Pflegeberatung (§ 7a), das Ausstellen von Beratungsgutscheinen (§ 7b) sowie die Wahrnehmung der Aufgaben in den Pflegestützpunkten (§ 7c),
9. die Abrechnung mit anderen Leistungsträgern,
10. statistische Zwecke (§ 109),
11. die Unterstützung der Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen (§ 115 Abs. 3 Satz 7)

erforderlich ist.

(2) ¹Die 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. ²Auf Ersuchen des Betreuungsgerichts hat die Pflegekasse diesem zu dem in § 282 Abs. 1 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit genannten Zweck das nach § 18 zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erstellte Gutachten einschließlich der Befunde des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu übermitteln.

(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.

Fußnoten

§ 94 Abs. 1 Nr. 3: IdF d. Art. 1 Nr. 58 Buchst. a G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008 u. d. Art. 2 Nr. 42 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 94 Abs. 1 Nr. 6: IdF d. Art. 1 Nr. 16 Buchst. a G v. 9.9.2001 | 2320 mWv 1.1.2002, d. Art. 1 Nr. 58 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008 u. d. Art. 1 Nr. 17d Buchst. a G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 94 Abs. 1 Nr. 6a: Eingef. durch Art. 1 Nr. 16 Buchst. b G v. 9.9.2001 | 2320 mWv 1.1.2002; idF d. Art. 8 Nr. 41 G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.4.2007 u. d. Art. 1 Nr. 58 Buchst. c G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 94 Abs. 1 Nr. 7: IdF d. Art. 10 Nr. 20 nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 | 1046 mWv 1.7.2001, d. Art. 1 Nr. 28 Buchst. a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016 u. d. Art. 1 Nr. 17d Buchst. b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 94 Abs. 1 Nr. 8: IdF d. Art. 1 Nr. 58 Buchst. d G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008, d. Art. 1 Nr. 36 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012 u. d. Art. 1 Nr. 28 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 94 Abs. 1 Nr. 10: IdF d. Art. 1 Nr. 58 Buchst. e G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 94 Abs. 1 Nr. 11: Eingef. durch Art. 1 Nr. 58 Buchst. e G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008
§ 94 Abs. 2 Satz 2: Eingef. durch Art. 11 G v. 21.4.2005 I 1073 mWv 1.7.2005; idF d. Art. 107 G v.
17.12.2008 I 2586 mWv 1.9.2009

§ 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, der Abrechnung und der Qualitätssicherung der Leistungserbringung (§§ 79, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117),
- 1a. die Information über die Erbringer von Leistungen der Prävention, Teilhabe sowie von Leistungen und Hilfen zur Pflege (§ 7),
2. den Abschluss und die Durchführung von Versorgungsverträgen (§§ 72 bis 74), Pflegesatzvereinbarungen (§§ 85, 86), Vergütungsvereinbarungen (§ 89) sowie Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b),
3. die Wahrnehmung der ihnen nach §§ 52 und 53 zugewiesenen Aufgaben,
4. die Unterstützung der Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen (§ 115 Abs. 3 Satz 7)

erforderlich sind.

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

Fußnoten

§ 95 Abs. 1 Nr. 1: IdF d. Art. 1 Nr. 17 Buchst. a G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002, d. Art. 1 Nr. 59 Buchst. a G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008 u. d. Art. 1 Nr. 17e G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017
§ 95 Abs. 1 Nr. 1a: Eingef. durch Art. 1 Nr. 29 G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016
§ 95 Abs. 1 Nr. 2: IdF d. Art. 1 Nr. 17 Buchst. b G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002 u. d. Art. 1 Nr. 59 Buchst. b G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008
§ 95 Abs. 1 Nr. 3: IdF d. Art. 1 Nr. 59 Buchst. c G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008
§ 95 Abs. 1 Nr. 4: Eingef. durch Art. 1 Nr. 59 Buchst. c G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 96 Gemeinsame Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten

(1) ¹Die Pflegekassen und die Krankenkassen dürfen personenbezogene Daten, die zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben jeder Stelle erforderlich sind, gemeinsam verarbeiten und nutzen. ²Insoweit findet § 76 des Zehnten Buches im Verhältnis zwischen der Pflegekasse und der Krankenkasse, bei der sie errichtet ist (§ 46), keine Anwendung.

(2) § 286 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen entsprechend.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für die Verbände der Pflege- und Krankenkassen.

Fußnoten

§ 96 Abs. 1: IdF d. Art. 1 Nr. 18 Buchst. a G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002
§ 96 Abs. 2: Früherer Abs. 2 aufgeh., früherer Abs. 3 jetzt Abs. 2 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 18 Buchst. b u. c G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002
§ 96 Abs. 3: Früher Abs. 4 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 18 Buchst. d G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002

§ 97 Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst

(1) ¹Der 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, 38a, 40, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117 erforderlich ist. ²Die 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) ¹Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen. ²§ 96 Abs. 2, § 98 und § 107 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 2 gelten für den Medizinischen Dienst entsprechend. ³Der Medizinische Dienst hat Sozialdaten zur Identifikation des Versicherten getrennt von den medizinischen Sozialdaten des Versicherten zu speichern. ⁴Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Sozialdaten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen. ⁵Der Schlüssel für die Zusammenführung der Daten ist vom Beauftragten für den Datenschutz des Medizinischen Dienstes aufzubewahren und darf anderen Personen nicht zugänglich gemacht werden. ⁶Jede Zusammenführung ist zu protokollieren.

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

Fußnoten

§ 97 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 19 G v. 9.9.2001 | 2320 mWv 1.1.2002, d. Art. 1 Nr. 60 G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008 u. d. Art. 1 Nr. 30 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 97 Abs. 3 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 6c G v. 14.12.2001 | 3728 mWv 1.1.2002

§ 97 Abs. 3 Satz 3 bis 6: Früher Satz 3 gem. u. idF d. Art. 7 Nr. 3 G v. 14.11.2003 | 2190 mWv 1.1.2004

§ 97a Qualitätssicherung durch Sachverständige

(1) ¹Von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte sonstige Sachverständige (§ 114 Abs. 1 Satz 1) sind berechtigt, für Zwecke der Qualitätssicherung und -prüfung Daten nach den §§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117 zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen; sie dürfen die Daten an die Pflegekassen und deren Verbände sowie an die in den §§ 112, 114, 114a, 115 und 117 genannten Stellen übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung dieser Stellen erforderlich ist. ²Die Daten sind vertraulich zu behandeln.

(2) § 107 gilt entsprechend.

Fußnoten

§ 97a: Eingef. durch Art. 1 Nr. 20 G v. 9.9.2001 | 2320 mWv 1.1.2002

§ 97a Überschrift: IdF d. Art. 1 Nr. 17f Buchst. a G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 97a Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 61 G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008 u. d. Art. 1 Nr. 17f Buchst. b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 97b Personenbezogene Daten bei den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Sozialhilfe

Die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und die zuständigen Träger der Sozialhilfe sind berechtigt, die für Zwecke der Pflegeversicherung nach den §§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117 erhobenen personenbezogenen Daten zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist; § 107 findet entsprechende Anwendung.

Fußnoten

§ 97b Überschrift: IdF d. Art. 2 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. a G v. 29.7.2009 | 2319 mWv 1.10.2009

§ 97b: Eingef. durch Art. 1 Nr. 20 G v. 9.9.2001 | 2320 mWv 1.1.2002; idF d. Art. 1 Nr. 62 G v.

28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008 u. d. Art. 2 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. b G v. 29.7.2009 | 2319 mWv 1.10.2009

§ 97c Qualitätssicherung durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.

¹Bei Wahrnehmung der Aufgaben auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung im Sinne dieses Buches durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. gilt der Prüf-

dienst als Stelle im Sinne des § 35 Absatz 1 Satz 1 des Ersten Buches. ²Die §§ 97 und 97a gelten entsprechend.

Fußnoten

§ 97c: Eingef. durch Art. 6 Nr. 1 G v. 28.7.2011 | 1622 mWv 4.8.2011

§ 97d Begutachtung durch unabhängige Gutachter

(1) ¹Von den Pflegekassen gemäß § 18 Absatz 1 Satz 1 beauftragte unabhängige Gutachter sind berechtigt, personenbezogene Daten des Antragstellers zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für die Zwecke der Begutachtung gemäß § 18 erforderlich ist. ²Die Daten sind vertraulich zu behandeln. ³Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Daten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung des dem Gutachter von den Pflegekassen nach § 18 Absatz 1 Satz 1 erteilten Auftrags benötigen.

(2) ¹Die unabhängigen Gutachter dürfen das Ergebnis der Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18 an die sie beauftragende Pflegekasse übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Pflegekasse erforderlich ist; § 35 des Ersten Buches gilt entsprechend. ²Dabei ist sicherzustellen, dass das Ergebnis der Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung nur den Personen zugänglich gemacht werden, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.

(3) ¹Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen. ²§ 107 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

Fußnoten

§ 97d: Eingef. durch Art. 1 Nr. 37 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 97d Abs. 2 Satz 1 u. 2: IdF d. Art. 1 Nr. 17g G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 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

¹Die Pflegekasse hat ein Versichertenverzeichnis zu führen. ²Sie 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

¹Die Pflegekasse verwendet für jeden Versicherten eine Versichertennummer, die mit der Krankenversicherungsnummer ganz oder teilweise übereinstimmen darf. ²Bei der Vergabe der Nummer für Versicher-

te nach § 25 ist sicherzustellen, daß der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann.

§ 102 Angaben über Leistungsvoraussetzungen

¹Die Pflegekasse hat Angaben über Leistungen, die zur Prüfung der Voraussetzungen späterer Leistungsgewährung erforderlich sind, aufzuzeichnen. ²Hierzu 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

(1) 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, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117),
- 2a. im Falle des Abschlusses und der Durchführung von Versorgungsverträgen (§§ 72 bis 74), Pflege-satzvereinbarungen (§§ 85, 86), Vergütungsvereinbarungen (§ 89) sowie Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b),
3. im Falle der Abrechnung pflegerischer Leistungen (§ 105)

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

(2) Soweit dies für die in Absatz 1 Nr. 2 und 2a genannten Zwecke erforderlich ist, sind die Leistungserbringer berechtigt, die personenbezogenen Daten auch an die Medizinischen Dienste und die in den §§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117 genannten Stellen zu übermitteln.

(3) Trägervereinigungen dürfen personenbezogene Daten verarbeiten und nutzen, soweit dies für ihre Beteiligung an Qualitätsprüfungen oder Maßnahmen der Qualitätssicherung nach diesem Buch erforderlich ist.

Fußnoten

§ 104 Abs. 1: Früher einziger Text gem. Art. 1 Nr. 21 Buchst. a G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002

§ 104 Abs. 1 Nr. 2: IdF d. Art. 1 Nr. 21 Buchst. a DBuchst. aa G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002 u. d. Art. 1 Nr. 63 Buchst. a DBuchst. aa G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 104 Abs. 1 Nr. 2a: Eingef. durch Art. 1 Nr. 21 Buchst. a DBuchst. bb G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002; idF d. Art. 8 Nr. 42 G v. 26.3.2007 I 378 mWv 1.4.2007 u. d. Art. 1 Nr. 63 Buchst. a DBuchst. bb G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 104 Abs. 1 Schlusssatz: IdF d. Art. 1 Nr. 21 Buchst. a DBuchst. cc G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002

§ 104 Abs. 2: Eingef. durch Art. 1 Nr. 21 Buchst. b G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002; idF d. Art. 1 Nr. 63 Buchst. b G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 104 Abs. 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 21 Buchst. b G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002

§ 105 Abrechnung pflegerischer Leistungen

(1) ¹Die 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.

²Vom 1. Januar 1996 an sind maschinenlesbare Abrechnungsunterlagen zu verwenden.

(2) ¹Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie Einzelheiten des Datenträger-austausches werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer festgelegt. ²Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Verbände der Leistungserbringer legen bis zum 1. Januar 2018 die Einzelheiten für eine elektronische Datenübertragung aller Angaben und Nachweise fest, die für die Abrechnung pflegerischer Leistungen in der Form elektronischer Dokumente erforderlich sind. ³Für die elektronische Datenübertragung elektronischer Dokumente ist neben der qualifizierten elektronischen Signatur auch ein anderes sicheres Verfahren vorzusehen, das den Absender der Daten authentifiziert und die Integrität des elektronisch übermittelten Datensatzes gewährleistet. ⁴Zur Authentifizierung des Absenders der Daten können auch der elektronische Heilberufs- oder Berufsausweis nach § 291a Absatz 5 Satz 5 des Fünften Buches, die elektronische Gesundheitskarte nach § 291 des Fünften Buches sowie der elektronische Identitätsnachweis des Personalausweises genutzt werden; die zur Authentifizierung des Absenders der Daten erforderlichen Daten dürfen zusammen mit den übrigen übermittelten Daten gespeichert und verwendet werden. ⁵§ 302 Absatz 2 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

Fußnoten

§ 105 Abs. 2: IdF d. Art. 8 Nr. 43 G v. 26.3.2007 | 378 mWv 1.7.2008

§ 105 Abs. 2 Satz 2 bis 4: Eingef. durch Art. 8 G v. 30.6.2017 | 2143 mWv 6.7.2017

§ 105 Abs. 2 Satz 5 (früher Satz 2): Eingef. durch Art. 1 Nr. 38 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012; früherer Satz 2 jetzt Satz 5 gem. Art. 8 G v. 30.6.2017 | 2143 mWv 6.7.2017

§ 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.

§ 106a Mitteilungspflichten

¹Zugelassene Pflegedienste, anerkannte Beratungsstellen, beauftragte Pflegefachkräfte sowie Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 durchführen, sind mit Einwilligung des Versicherten berechtigt und verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen, der privaten Versicherungsunternehmen sowie der Beihilfefestsetzungsstellen erforderlichen Angaben zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung der zuständigen Pflegekasse, dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen und der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle zu übermitteln. ²Das Formular nach § 37 Abs. 4 Satz 2 wird unter Beteiligung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt. ³Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen.

Fußnoten

§ 106a: Eingef. durch Art. 1 Nr. 34 G v. 14.6.1996 I 830 mWv 25.6.1996
§ 106a Satz 1: IdF d. Art. 11 Nr. 18 Buchst. a G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019
§ 106a Satz 2: IdF d. Art. 219 Nr. 9 V v. 29.10.2001 I 2785 mWv 7.11.2001, d. Art. 212 Nr. 1 V v. 25.11.2003 I 2304 mWv 28.11.2003, d. Art. 264 Nr. 1 V v. 31.10.2006 I 2407 mWv 8.11.2006 u. d. Art. 1 Nr. 64 Buchst. b G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008
§ 106a Satz 3: Eingef. durch Art. 11 Nr. 18 Buchst. b G v. 11.12.2018 I 2394 mWv 1.1.2019

Dritter Abschnitt Datenlöschung, Auskunftspflicht

§ 107 Löschen von Daten

(1) ¹Für 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), aus Prüfungen zur Qualitätssicherung (§§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117) und aus dem Abschluss oder der Durchführung von Verträgen (§§ 72 bis 74, 85, 86 oder 89) spätestens nach zwei Jahren

zu löschen sind. ²Die Fristen beginnen mit dem Ende des Geschäftsjahres, in dem die Leistungen gewährt oder abgerechnet wurden. ³Die 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.

Fußnoten

§ 107 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2: IdF d. Art. 1 Nr. 22 G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002 u. d. Art. 1 Nr. 65 G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 108 Auskünfte an Versicherte

¹Die Pflegekassen unterrichten die Versicherten auf deren Antrag über die in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor Antragstellung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. ²Eine Mitteilung an die Leistungserbringer über die Unterrichtung des Versicherten ist nicht zulässig. ³Die Pflegekassen können in ihren Satzungen das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung regeln.

Fußnoten

§ 108 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 31 G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

Vierter Abschnitt Statistik

§ 109 Pflegestatistiken

(1) ¹Die 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. ²Die 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, Geburtsjahr, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich, Dienststellung, Berufsabschluß auf Grund einer Ausbildung, Weiterbildung oder Umschulung, zusätzlich bei Auszubildenden und Umschülern Art der Ausbildung und Ausbildungsjahr, Beginn und Ende der Pfl egetätigkeit,
4. sachliche Ausstattung und organisatorische Einheiten der Pflegeeinrichtung, Ausbildungsstätten an Pflegeeinrichtungen,
5. Pflegebedürftige nach Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort, *Postleitzahl des Wohnorts vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung*, 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.

³Auskunftspflichtig 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) ¹Die 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. ²Die 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 sowie Angebote zur Unterstützung im Alltag,
4. Leistungen zur Prävention und Teilhabe,
5. Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der Pflegequalität,
6. Bedarf an Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen,
7. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes.

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

(3) ¹Die nach Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 3 Auskunftspflichtigen teilen die von der jeweiligen Statistik umfaßten Sachverhalte gleichzeitig den für die Planung und Investitionsfinanzierung der Pflegeeinrichtungen zuständigen Landesbehörden mit. ²Die Befugnis der Länder, zusätzliche, von den Absätzen 1 und 2 nicht erfaßte Erhebungen über Sachverhalte des Pflegewesens als Landesstatistik anzuordnen, bleibt unberührt. ³Die Verordnung nach Absatz 1 Satz 1 hat sicherzustellen, dass die Pflegeeinrichtungen diesen Auskunftsverpflichtungen gemeinsam mit der Auskunftsverpflichtung nach Absatz 1 durch eine einheitliche Auskunftserteilung nachkommen können.

(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.

Fußnoten

§ 109 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3: IdF d. Art. 1 Nr. 39 Buchst. a G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 109 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5: IdF d. Art. 1 Nr. 39 Buchst. b G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012, d. Art. 2 Nr. 43 Buchst. a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017 u. d. Art. 1 Nr. 19 Buchst. a G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 109 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 Kursivdruck: Gem. Art. 1 Nr. 19 Buchst. a G v. 23.12.2016 | 3191 wurden die Wörter "Postleitzahl des Wohnorts vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung," zur Vermeidung einer Dopplung der Kommata nach "Wohnort," anstelle nach "Wohnort" mWv 1.1.2017 eingefügt

§ 109 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3: IdF d. Art. 2 Nr. 43 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 109 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4: IdF d. Art. 10 Nr. 21 nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 | 1046 mWv 1.7.2001

§ 109 Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 66 G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 109 Abs. 3 Satz 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 19 Buchst. b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

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 oder Lebenspartner 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 oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das die in § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommengrenzen überschreitet,

vorzusehen.

(2) ¹Die 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 Pflege-Versicherungsgesetzes innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. ²Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind. ³Für Personen, die im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vermindert, darf der Bei-

trag 50 vom Hundert des sich nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. ⁴Würde allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach Satz 2 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches entstehen, gilt Satz 3 entsprechend; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.

(3) Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die erst nach Inkrafttreten dieses Gesetzes Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen werden oder die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, 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.

(5) ¹Die Versicherungsunternehmen haben den Versicherten Akteneinsicht zu gewähren. ²Sie haben die Berechtigten über das Recht auf Akteneinsicht zu informieren, wenn sie das Ergebnis einer Prüfung auf Pflegebedürftigkeit mitteilen. ³§ 25 des Zehnten Buches gilt entsprechend.

Fußnoten

§ 110 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. g: IdF d. Art. 3 Nr. 6 G v. 22.12.1999 I 2626 mWv 1.1.2000 u. d. Art. 3 § 56 Nr. 11 G v. 16.2.2001 I 266 mWv 1.8.2001

§ 110 Abs. 4 Satz 2: Eingef. durch Art. 1 Nr. 6d G v. 14.12.2001 I 3728 mWv 1.1.2002

§ 110 Abs. 2 Satz 2: IdF d. Art. 2 G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.1.2009 u. d. Art. 2 Abs. 24 Nr. 1 Buchst. a G v. 1.4.2015 I 434 mWv 1.1.2016

§ 110 Abs. 2 Satz 3: IdF d. Art. 2 G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.1.2009, d. Art. 2 Abs. 24 Nr. 1 Buchst. a u. b G v. 1.4.2015 I 434 mWv 1.1.2016 u. d. Art. 3 Abs. 3 Nr. 1 G v. 26.7.2016 I 1824 mWv 1.1.2017

§ 110 Abs. 2 Satz 4 (früher Abs. 2 Satz 5): Eingef. durch Art. 1 Nr. 67 Buchst. a G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008; früherer Satz 4 aufgeh., früherer Satz 5 jetzt Satz 4 gem. u. idF d. d. Art. 3 Abs. 3 Nr. 2 u. 3 G v. 26.7.2016 I 1824 mWv 1.1.2017

§ 110 Abs. 3 Eingangssatz: IdF d. Art. 1 Nr. 67 Buchst. b G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.1.2009

§ 110 Abs. 4: Früherer Satz 2 aufgeh. durch Art. 1 Nr. 67 Buchst. c G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 110 Abs. 5: Eingef. durch Art. 1 Nr. 67 Buchst. d G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 111 Risikoausgleich

(1) ¹Die Versicherungsunternehmen, die eine private Pflegeversicherung im Sinne dieses Buches betreiben, müssen sich zur dauerhaften Gewährleistung der Regelungen für die private Pflegeversicherung nach § 110 sowie zur Aufbringung der Fördermittel nach § 45c und der Mittel nach § 8 Absatz 9 Satz 1 und 2 am Ausgleich der Versicherungsrisiken beteiligen und dazu ein Ausgleichssystem schaffen und erhalten, dem sie angehören. ²Das 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. ³In diesem System werden die Beiträge ohne die Kosten auf der Ba-

sis 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 der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Fußnoten

§ 111 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 7 G v. 14.12.2001 | 3728 mWv 1.1.2002 u. d. Art. 11 Nr. 19 G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

§ 111 Abs. 2: IdF d. Art. 1 Nr. 68 G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

Elftes Kapitel Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen

Fußnoten

Elftes Kapitel (§§ 112 bis 120): Eingef. durch Art. 1 Nr. 23 G v. 9.9.2001 | 2320 mWv 1.1.2002

§ 112 Qualitätsverantwortung

(1) ¹Die Träger der Pflegeeinrichtungen bleiben, unbeschadet des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen (§ 69), für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich. ²Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 113 sowie die vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale (§ 84 Abs. 5).

(2) ¹Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken. ²Bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88).

(3) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. beraten die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken.

Fußnoten

Elftes Kapitel (§§ 112 bis 120): Eingef. durch Art. 1 Nr. 23 G v. 9.9.2001 | 2320 mWv 1.1.2002

§ 112 Überschrift: IdF d. Art. 1 Nr. 69 Buchst. a G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 112 Abs. 1 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 69 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 112 Abs. 2: IdF d. Art. 1 Nr. 69 Buchst. c G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 112 Abs. 2 Satz 2: IdF d. Art. 2 Nr. 44 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 112 Abs. 3: Früherer Abs. 3 aufgeh., früherer Abs. 4 jetzt Abs. 3 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 69 Buchst. d u. e G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008; idF d. Art. 6 Nr. 2 G v. 28.7.2011 | 1622 mWv 4.8.2011

§ 112a Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten

(1) Bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 gelten für die Betreuungsdienste die Vorschriften des Elften Kapitels für ambulante Pflegedienste nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt bis zum 31. Juli 2019 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste. ²Dabei sind die in dem Modellvorhaben zugrunde gelegten Vorgaben zu beachten. ³Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisa-

tionen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 bei der Erarbeitung oder bei einer Änderung des Beschlusses mit.

(3) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene bei der Erarbeitung oder bei einer Änderung des Beschlusses zu beteiligen. ²Ihnen ist innerhalb einer angemessenen Frist vor der Beschlussfassung und unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ³Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung über den Inhalt der Richtlinien einzubeziehen.

(4) ¹Die Richtlinien sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. ²Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

(5) Eine Qualitätsberichterstattung zu Betreuungsdiensten findet in der Übergangszeit bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 nicht statt.

(6) Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen sind unverzüglich im Anschluss an den Richtlinienbeschluss nach Absatz 2 Satz 1 entsprechend anzupassen.

Fußnoten

§ 112a: Eingef. durch Art. 10 Nr. 9 G v. 6.5.2019 | 646 mWv 11.5.2019

§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

(1) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist. ²In den Vereinbarungen sind insbesondere auch Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation zu regeln. ³Die Anforderungen dürfen über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen und sollen den Aufwand für Pflegedokumentation in ein angemessenes Verhältnis zu den Aufgaben der pflegerischen Versorgung setzen. ⁴Die Maßstäbe und Grundsätze für die stationäre Pflege sind bis zum 30. Juni 2017, die Maßstäbe und Grundsätze für die ambulante Pflege bis zum 30. Juni 2018 zu vereinbaren. ⁵Sie sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegfachlichen Fortschritt anzupassen. ⁶Soweit sich in den Pflegeeinrichtungen zeitliche Einsparungen ergeben, die Ergebnis der Weiterentwicklung der Pflegedokumentation auf Grundlage des pflegfachlichen Fortschritts durch neue, den Anforderungen nach Satz 3 entsprechende Pflegedokumentationsmodelle sind, führen diese nicht zu einer Absenkung der Pflegevergütung, sondern wirken der Arbeitsverdichtung entgegen. ⁷Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen und gelten vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats. ⁸Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(1a) ¹In den Maßstäben und Grundsätzen für die stationäre Pflege nach Absatz 1 ist insbesondere das indikatorengestützte Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht, zu beschreiben. ²Insbesondere sind die Indikatoren, das Datenerhebungsinstrument sowie die bundesweiten Verfahren für die Übermittlung, Auswertung und Bewertung der Daten sowie die von Externen durchzuführende Prüfung der Daten festzulegen. ³Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen

sind zu beachten, insbesondere sind personenbezogene Daten von Versicherten vor der Übermittlung an die fachlich unabhängige Institution nach Absatz 1b zu pseudonymisieren. ⁴Eine Wiederherstellung des Personenbezugs durch die fachlich unabhängige Institution nach Absatz 1b ist ausgeschlossen. ⁵Ein Datenschutzkonzept ist mit den zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörden abzustimmen. ⁶Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit beschließen die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 unverzüglich die Vergabe der Aufträge nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und 2.

(1b) ¹Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution, die entsprechend den Festlegungen nach Absatz 1a erhobenen Daten zusammenzuführen sowie leistungserbringerbeziehbar und fallbeziehbar nach Maßgabe von Absatz 1a auszuwerten. ²Das Vergabeverfahren ist spätestens bis zum 15. Januar 2018 einzuleiten und es ist sicherzustellen, dass ein Zuschlag unter Beachtung der vergaberechtlichen Vorgaben zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgt. ³Zum Zweck der Prüfung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach den §§ 114 und 114a sowie zum Zweck der Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a leitet die beauftragte Institution die Ergebnisse der nach Absatz 1a ausgewerteten Daten an die Landesverbände der Pflegekassen und die von ihnen beauftragten Prüfinstitutionen und Sachverständigen weiter; diese dürfen die übermittelten Daten zu den genannten Zwecken verarbeiten und nutzen. ⁴Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 vereinbaren diesbezüglich entsprechende Verfahren zur Weiterleitung der Daten. ⁵Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind jeweils zu beachten. ⁶Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen unverzüglich Auskunft über den Stand der Bearbeitung ihrer Aufgaben zu geben. ⁷Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 legen dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. Januar 2018 einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung ihrer Aufgaben vor, aus dem einzelne Umsetzungsschritte erkennbar sind. ⁸§ 113b Absatz 8 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

(2) ¹Die Vereinbarungen nach Absatz 1 können von jeder Partei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. ²Nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums oder der Kündigungsfrist gilt die Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter. ³Die am 1. Januar 2016 bestehenden Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege gelten bis zum Abschluss der Vereinbarungen nach Absatz 1 fort.

(3) (weggefallen)

Fußnoten

§ 113: IdF d. Art. 1 Nr. 70 G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 113 Abs. 1: Früherer Satz 4 aufgeh. durch Art. 1 Nr. 32 Buchst. a DBuchst. cc G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 113 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 32 Buchst. a DBuchst. aa G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 113 Abs. 1 Satz 2 bis 6: Eingef. durch Art. 1 Nr. 32 Buchst. a DBuchst. bb G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 113 Abs. 1 Satz 7 (früher Satz 2): IdF d. Art. 1 Nr. 40 Buchst. a DBuchst. aa G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 30.10.2012; jetzt Satz 7 gem. Art. 1 Nr. 32 Buchst. a DBuchst. bb G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 113 Abs. 1 Satz 8: Früher Satz 3 gem. Art. 1 Nr. 32 Buchst. a DBuchst. bb G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 113 Abs. 1a u. 1b: Eingef. durch Art. 1 Nr. 32 Buchst. b G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 113 Abs. 1b Satz 2: Eingef. durch Art. 9 Nr. 3a Buchst. a G v. 18.7.2017 I 2757 mWv 29.7.2017

§ 113 Abs. 1b Satz 3 bis 5: Früher Satz 2 bis 4 gem. Art. 9 Nr. 3a Buchst. a G v. 18.7.2017 I 2757 mWv 29.7.2017

§ 113 Abs. 1b Satz 6 bis 8: Eingef. durch Art. 9 Nr. 3a Buchst. b G v. 18.7.2017 I 2757 mWv 29.7.2017

§ 113 Abs. 2 Satz 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 32 Buchst. c G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 113 Abs. 3: Aufgeh. durch Art. 1 Nr. 32 Buchst. d G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

(1) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 stellen die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Quali-

tät in der Pflege sicher. ²Expertenstandards tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. ³Dabei ist das Ziel, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation einzusetzen, zu berücksichtigen. ⁴Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie unabhängige Sachverständige sind zu beteiligen. ⁵Sie und die nach § 118 zu beteiligenden Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen können vorschlagen, zu welchen Themen Expertenstandards entwickelt werden sollen. ⁶Der Auftrag zur Entwicklung oder Aktualisierung und die Einführung von Expertenstandards erfolgen jeweils durch einen Beschluss der Vertragsparteien.

(2) ¹Die Vertragsparteien stellen die methodische und pflegfachliche Qualität des Verfahrens der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards und die Transparenz des Verfahrens sicher. ²Die Anforderungen an die Entwicklung von Expertenstandards sind in einer Verfahrensordnung zu regeln. ³In der Verfahrensordnung ist das Vorgehen auf anerkannter methodischer Grundlage, insbesondere die wissenschaftliche Fundierung und Unabhängigkeit, die Schrittfolge der Entwicklung, der fachlichen Abstimmung, der Praxiserprobung und der modellhaften Umsetzung eines Expertenstandards sowie die Transparenz des Verfahrens festzulegen. ⁴Die Verfahrensordnung ist durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen.

(3) ¹Die Expertenstandards sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. ²Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. ³Die Vertragsparteien unterstützen die Einführung der Expertenstandards in die Praxis.

(4) ¹Die Kosten für die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards, mit Ausnahme der Kosten für die qualifizierte Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6, sind Verwaltungskosten, die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen getragen werden. ²Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 10 vom Hundert an den Aufwendungen nach Satz 1. ³Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen geleistet werden.

Fußnoten

§ 113a: Eingef. durch Art. 1 Nr. 71 G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 113a Abs. 1: Früherer Satz 7 u. 8 aufgeh. durch Art. 1 Nr. 33 Buchst. a DBuchst. cc G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 113a Abs. 1 Satz 3: Eingef. durch Art. 6 Nr. 6 G v. 17.7.2015 I 1368 mWv 25.7.2015

§ 113a Abs. 1 Satz 4 bis 8: Früher Satz 3 bis 7 gem. Art. 6 Nr. 6 G v. 17.7.2015 I 1368 mWv 25.7.2015

§ 113a Abs. 1 Satz 4: IdF d. Art. 1 Nr. 33 Buchst. a DBuchst. aa G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 113a Abs. 1 Satz 5: IdF d. Art. 1 Nr. 33 Buchst. a DBuchst. bb G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 113a Abs. 2: Früherer Satz 5 aufgeh. durch Art. 1 Nr. 33 Buchst. b G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 113a Abs. 4 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 19a G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017

§ 113b Qualitätsausschuss

(1) ¹Die von den Vertragsparteien nach § 113 im Jahr 2008 eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung entscheidet als Qualitätsausschuss nach Maßgabe der Absätze 2 bis 8. ²Die Vertragsparteien nach § 113 treffen die Vereinbarungen und erlassen die Beschlüsse nach § 37 Absatz 5, den §§ 113, 113a, 115 Absatz 1a, 1c und 3b sowie § 115a Absatz 1 und 2 durch diesen Qualitätsausschuss. ³Die Vertragsparteien nach § 113 treffen auch die zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben und Pflichten nach den Absätzen 4 und 8 sowie nach § 8 Absatz 5 Satz 2 notwendigen Entscheidungen durch den Qualitätsausschuss.

(2) ¹Der Qualitätsausschuss besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (Leistungsträger) und aus Vertretern der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (Leistungserbringer) in gleicher Zahl; Leistungsträger und Leistungserbringer können jeweils höchst-

tens elf Mitglieder entsenden. ²Dem Qualitätsausschuss gehören auch ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene an; sie werden auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. ³Dem Qualitätsausschuss kann auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. angehören; die Entscheidung hierüber obliegt dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. ⁴Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. ein Mitglied entsendet, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. ⁵Dem Qualitätsausschuss soll auch ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe angehören; die Entscheidung hierüber obliegt den Verbänden der Pflegeberufe. ⁶Sofern die Verbände der Pflegeberufe ein Mitglied entsenden, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungserbringer angerechnet. ⁷Eine Organisation kann nicht gleichzeitig der Leistungsträgerseite und der Leistungserbringerseite zugerechnet werden. ⁸Jedes Mitglied erhält eine Stimme; die Stimmen sind gleich zu gewichten. ⁹Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen wirkt in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, beratend mit. ¹⁰Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, nach Maßgabe von § 118 mit.

(3) ¹Kommt im Qualitätsausschuss eine Vereinbarung, ein Beschluss oder eine Entscheidung nach Absatz 1 Satz 2 und 3 ganz oder teilweise nicht durch einvernehmliche Einigung zustande, so wird der Qualitätsausschuss auf Verlangen von mindestens einer Vertragspartei nach § 113, eines Mitglieds des Qualitätsausschusses oder des Bundesministeriums für Gesundheit um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (erweiterter Qualitätsausschuss). ²Sofern die Organisationen, die Mitglieder in den Qualitätsausschuss entsenden, nicht bis zum 31. März 2016 die Mitglieder nach Maßgabe von Absatz 2 Satz 1 benannt haben, wird der Qualitätsausschuss durch die drei unparteiischen Mitglieder gebildet. ³Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter führen ihr Amt als Ehrenamt. ⁴Der unparteiische Vorsitzende wird vom Bundesministerium für Gesundheit benannt; der Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragspartei nach § 113 gemeinsam benannt. ⁵Mitglieder des Qualitätsausschusses können nicht als Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benannt werden. ⁶Kommt eine Einigung über die Benennung der unparteiischen Mitglieder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit. ⁷Der erweiterte Qualitätsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Inhalt der Vereinbarungen oder der Beschlüsse der Vertragsparteien nach § 113 fest. ⁸Die Festsetzungen des erweiterten Qualitätsausschusses haben die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung, Beschlussfassung oder Entscheidung im Sinne der Absätze 4 und 8, des § 8 Absatz 5 Satz 2, des § 37 Absatz 5, der §§ 113, 113a und 115 Absatz 1a, 1c und 3b.

(4) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 beauftragen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben mit Unterstützung der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. ²Diese wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständigen werden beauftragt, insbesondere

1. bis zum 31. März 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der Leistungen, die von den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden, und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege zu entwickeln, wobei
 - a) insbesondere die 2011 vorgelegten Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ und die Ergebnisse der dazu durchgeführten Umsetzungsprojekte einzubeziehen sind und
 - b) Aspekte der Prozess- und Strukturqualität zu berücksichtigen sind;
2. bis zum 31. März 2017 auf der Grundlage der Ergebnisse nach Nummer 1 unter Beachtung des Prinzips der Datensparsamkeit ein bundesweites Datenerhebungsinstrument, bundesweite Verfahren für

die Übermittlung und Auswertung der Daten einschließlich einer Bewertungssystematik sowie für die von Externen durchzuführende Prüfung der Daten zu entwickeln;

3. bis zum 30. Juni 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege zu entwickeln, eine anschließende Pilotierung durchzuführen und einen Abschlussbericht bis zum 31. März 2018 vorzulegen;
4. ergänzende Instrumente für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität zu entwickeln;
5. die Umsetzung der nach den Nummern 1 bis 3 entwickelten Verfahren zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung wissenschaftlich zu evaluieren und den Vertragsparteien nach § 113 Vorschläge zur Anpassung der Verfahren an den neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu unterbreiten sowie
6. bis zum 31. März 2018 ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln und zu erproben, insbesondere Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung sowie für eine angemessene Qualitätsberichterstattung zu entwickeln und ihre Eignung zu erproben.

³Das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit können den Vertragsparteien nach § 113 weitere Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorschlagen.

(5) ¹Die Finanzierung der Aufträge nach Absatz 4 erfolgt aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4. ²Bei der Bearbeitung der Aufträge nach Absatz 4 Satz 2 ist zu gewährleisten, dass die Arbeitsergebnisse umsetzbar sind. ³Der jeweilige Auftragnehmer hat darzulegen, zu welchen finanziellen Auswirkungen die Umsetzung der Arbeitsergebnisse führen wird. ⁴Den Arbeitsergebnissen ist diesbezüglich eine Praktikabilitäts- und Kostenanalyse beizufügen. ⁵Die Ergebnisse der Arbeiten nach Absatz 4 Satz 2 sind dem Bundesministerium für Gesundheit zur Kenntnisnahme vor der Veröffentlichung vorzulegen.

(6) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 richten gemeinsam bis zum 31. März 2016 eine unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses für die Dauer von fünf Jahren ein. ²Die Geschäftsstelle nimmt auch die Aufgaben einer wissenschaftlichen Beratungs- und Koordinierungsstelle wahr. ³Sie soll insbesondere den Qualitätsausschuss und seine Mitglieder fachwissenschaftlich beraten, die Auftragsverfahren nach Absatz 4 koordinieren und die wissenschaftlichen Arbeitsergebnisse für die Entscheidungen im Qualitätsausschuss aufbereiten. ⁴Näheres zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der qualifizierten Geschäftsstelle regeln die Vertragsparteien nach § 113 in der Geschäftsordnung nach Absatz 7.

(7) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren in einer Geschäftsordnung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und mit den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen das Nähere zur Arbeitsweise des Qualitätsausschusses, insbesondere

1. zur Benennung der Mitglieder und der unparteiischen Mitglieder,
2. zur Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung für den Zeitaufwand der unparteiischen Mitglieder,
3. zum Vorsitz,
4. zu den Beschlussverfahren,
5. zur Errichtung einer qualifizierten Geschäftsstelle auch mit der Aufgabe als wissenschaftliche Beratungs- und Koordinierungsstelle nach Absatz 6,
6. zur Sicherstellung der jeweiligen Auftragserteilung nach Absatz 4,
7. zur Einbeziehung weiterer Sachverständiger oder Gutachter,
8. zur Bildung von Arbeitsgruppen,

9. zur Gewährleistung der Beteiligungs- und Mitberatungsrechte nach diesem Gesetz einschließlich der Erstattung von Reisekosten nach § 118 Absatz 1 Satz 6 sowie
10. zur Verteilung der Kosten für die Entschädigung der unparteiischen Mitglieder und der einbezogenen weiteren Sachverständigen und Gutachter sowie für die Erstattung von Reisekosten nach § 118 Absatz 1 Satz 6; die Kosten können auch den Kosten der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 zugerechnet werden.

²Die Geschäftsordnung und die Änderung der Geschäftsordnung sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. ³Kommt die Geschäftsordnung nicht bis zum 29. Februar 2016 zustande, wird ihr Inhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bestimmt.

(8) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen unverzüglich Auskunft über den Stand der Bearbeitung der mit gesetzlichen Fristen versehenen Aufgaben nach Absatz 1 Satz 2 und über den Stand der Auftragserteilung und Bearbeitung der nach Absatz 4 zu erteilenden Aufträge sowie über erforderliche besondere Maßnahmen zur Einhaltung der gesetzlichen Fristen zu geben. ²Die Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 15. Januar 2017 einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung der mit gesetzlichen Fristen versehenen Aufgaben nach Absatz 1 Satz 2 und der Aufträge nach Absatz 4 vor, aus dem einzelne Umsetzungsschritte erkennbar sind. ³Der Zeitplan ist durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. ⁴Die Vertragsparteien nach § 113 sind verpflichtet, das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich zu informieren, wenn absehbar ist, dass ein Zeitziel des Zeitplans nicht eingehalten werden kann. ⁵In diesem Fall kann das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einzelne Umsetzungsschritte im Wege der Ersatzvornahme selbst vornehmen.

(9) ¹Die durch den Qualitätsausschuss getroffenen Entscheidungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen, ausgenommen sind die zur Wahrnehmung der Aufgabe nach § 8 Absatz 5 Satz 2 getroffenen Entscheidungen. ²Es kann die Entscheidungen innerhalb von zwei Monaten beanstanden. ³Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Prüfung vom Qualitätsausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. ⁴Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. ⁵Die Nichtbeanstandung von Entscheidungen kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. ⁶Kommen Entscheidungen des Qualitätsausschusses ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit den Inhalt der Vereinbarungen und der Beschlüsse nach Absatz 1 Satz 2 festsetzen. ⁷Bei den Verfahren nach den Sätzen 1 bis 6 setzt sich das Bundesministerium für Gesundheit mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ins Benehmen. ⁸Bezüglich der Vereinbarungen nach § 115 Absatz 3b setzt sich das Bundesministerium für Gesundheit bei den Verfahren nach den Sätzen 1 bis 6 darüber hinaus mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ins Benehmen.

Fußnoten

§ 113b: IdF d. Art. 1 Nr. 34 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
 § 113b Abs. 1 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 20 Buchst. a G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017 u. d. Art. 9 Nr. 3b Buchst. a DBuchst. aa G v. 18.7.2017 | 2757 mWv 29.7.2017
 § 113b Abs. 1 Satz 3: Eingef. durch Art. 9 Nr. 3b Buchst. a DBuchst. bb G v. 18.7.2017 | 2757 mWv 29.7.2017; idF d. Art. 11 Nr. 20 Buchst. a G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019
 § 113b Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 10c Nr. 1 G v. 9.8.2019 | 1202 mWv 16.8.2019
 § 113b Abs. 2 Satz 5: IdF d. Art. 10c Nr. 2 G v. 9.8.2019 | 1202 mWv 16.8.2019
 § 113b Abs. 2 Satz 6: Eingef. durch Art. 10c Nr. 3 G v. 9.8.2019 | 1202 mWv 16.8.2019
 § 113b Abs. 2 Satz 7: Früher Abs. 2 Satz 6, jetzt Abs. 2 Satz 7 gem. Art. 10c Nr. 3 G v. 9.8.2019 | 1202 mWv 16.8.2019
 § 113b Abs. 2 Satz 8: Früher Abs. 2 Satz 7, jetzt Abs. 2 Satz 8 gem. Art. 10c Nr. 3 G v. 9.8.2019 | 1202 mWv 16.8.2019

§ 113b Abs. 2 Satz 9: Früher Abs. 2 Satz 8, jetzt Abs. 2 Satz 9 gem. Art. 10c Nr. 3 G v. 9.8.2019 | 1202 mWv 16.8.2019
§ 113b Abs. 2 Satz 10 (früher Abs. 2 Satz 9): IdF d. Art. 1 Nr. 20 Buchst. b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017; früher Abs. 2 Satz 9, jetzt Abs. 2 Satz 10 gem. Art. 10c Nr. 3 G v. 9.8.2019 | 1202 mWv 16.8.2019
§ 113b Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 9 Nr. 3b Buchst. b DBuchst. aa G v. 18.7.2017 | 2757 mWv 29.7.2017
§ 113b Abs. 3 Satz 8: IdF d. Art. 9 Nr. 3b Buchst. b DBuchst. bb G v. 18.7.2017 | 2757 mWv 29.7.2017 u. d. Art. 11 Nr. 20 Buchst. b G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019
§ 113b Abs. 4 Satz 1: IdF d. Art. 9 Nr. 3b Buchst. c G v. 18.7.2017 | 2757 mWv 29.7.2017
§ 113b Abs. 4 Satz 2 Nr. 6: IdF d. Art. 1 Nr. 20 Buchst. c G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
§ 113b Abs. 7 Satz 1 Nr. 9: IdF d. Art. 1 Nr. 20 Buchst. d DBuchst. aa G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
§ 113b Abs. 7 Satz 1 Nr. 10: IdF d. Art. 1 Nr. 20 Buchst. d DBuchst. bb G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
§ 113b Abs. 8: Eingef. durch Art. 1 Nr. 20 Buchst. e G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.12.2016
§ 113b Abs. 9: Früher Abs. 8 gem. Art. 1 Nr. 20 Buchst. f G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.12.2016
§ 113b Abs. 9 Satz 1: IdF d. Art. 11 Nr. 20 Buchst. c G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019
§ 113b Abs. 9 Satz 8: Eingef. durch Art. 9 Nr. 3b Buchst. d G v. 18.7.2017 | 2757 mWv 29.7.2017

§ 113c Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen

(1) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 stellen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicher. ²Die Entwicklung und Erprobung ist bis zum 30. Juni 2020 abzuschließen. ³Es ist ein strukturiertes, empirisch abgesichertes und valides Verfahren für die Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen auf der Basis des durchschnittlichen Versorgungsaufwands für direkte und indirekte pflegerische Maßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung unter Berücksichtigung der fachlichen Ziele und Konzeption des ab dem 1. Januar 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erstellen. ⁴Hierzu sind einheitliche Maßstäbe zu ermitteln, die insbesondere Qualifikationsanforderungen, quantitative Bedarfe und die fachliche Angemessenheit der Maßnahmen berücksichtigen. ⁵Die Vertragsparteien beauftragen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. ⁶Soweit bei der Entwicklung und Erprobung des Verfahrens eine modellhafte Vorgehensweise erforderlich ist, kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels sowie von § 36 und zur Entwicklung besonders pauschalierter Pflegesätze von § 84 Absatz 2 Satz 2 abgewichen werden. ⁷Bei den Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 6 sollen die Vertragsparteien von der unabhängigen qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 unterstützt werden.

(2) ¹Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene wirken beratend mit. ²Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. ³Für die Arbeitsweise der Vertragsparteien soll im Übrigen die Geschäftsordnung nach § 113b Absatz 7 entsprechende Anwendung finden.

(3) ¹Das Bundesministerium für Gesundheit legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter Beteiligung der Vertragsparteien nach § 113 unverzüglich in einem Zeitplan konkrete Zeitziele für die Entwicklung, Erprobung und die Auftragsvergabe fest. ²Die Vertragsparteien nach § 113 sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen unverzüglich Auskunft über den Bearbeitungsstand der Entwicklung, Erprobung und der Auftragsvergabe sowie über Problembereiche und mögliche Lösungen zu geben.

(4) ¹Wird ein Zeitziel nach Absatz 3 nicht fristgerecht erreicht und ist deshalb die fristgerechte Entwicklung, Erprobung oder Auftragsvergabe gefährdet, kann das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einzelne Verfahrensschritte im Wege der Ersatzvornahme selbst durchführen. ²Haben die Vertragsparteien nach § 113 sich bis zum 31. Dezember 2016 nicht über die Beauftragung gemäß Absatz 1 Satz 2 geeinigt, bestimmen

das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend innerhalb von vier Monaten das Verfahren und die Inhalte der Beauftragung.

Fußnoten

§ 113c: Eingef. durch Art. 1 Nr. 35 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 113c Abs. 1 Satz 3: IdF d. Art. 1 Nr. 20a Buchst. a G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 113c Abs. 1 Satz 6: Eingef. durch Art. 9 Nr. 3c Buchst. a G v. 18.7.2017 | 2757 mWv 29.7.2017

§ 113c Abs. 1 Satz 7: Früher Satz 6 gem. u. idF d. Art. 9 Nr. 3c Buchst. a u. b G v. 18.7.2017 | 2757 mWv 29.7.2017

§ 113c Abs. 2 Satz 1 u. 2: Früher Satz 1 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 20a Buchst. b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 113c Abs. 2 Satz 3: Früher Satz 2 gem. Art. 1 Nr. 20a Buchst. b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 114 Qualitätsprüfungen

(1) ¹Zur Durchführung einer Qualitätsprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Umfang von 10 Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge oder den von ihnen bestellten Sachverständigen einen Prüfauftrag. ²Der Prüfauftrag enthält Angaben zur Prüffart, zum Prüfgegenstand und zum Prüfungsumfang. ³Die Prüfung erfolgt als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung. ⁴Die Pflegeeinrichtungen haben die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfungen zu ermöglichen. ⁵Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind ab dem 1. Januar 2014 verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen unmittelbar nach einer Regelprüfung darüber zu informieren, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in den Einrichtungen geregelt sind. ⁶Sie sollen insbesondere auf Folgendes hinweisen:

1. auf den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung der Einrichtung in Ärztenetze,
2. auf den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken sowie
3. ab dem 1. Juli 2016 auf die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz.

⁷Wesentliche Änderungen hinsichtlich der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung, der Arzneimittelversorgung sowie der Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz sind den Landesverbänden der Pflegekassen innerhalb von vier Wochen zu melden.

(2) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen veranlassen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen bis zum 31. Dezember 2010 mindestens einmal und ab dem Jahre 2011 regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. oder durch von ihnen bestellte Sachverständige (Regelprüfung). ²Abweichend von Satz 1 ist im Zeitraum vom 1. November 2019 bis zum 31. Dezember 2020 in allen zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen nur mindestens einmal eine Prüfung durchzuführen. ³Die Richtlinien nach § 114c zur Verlängerung des Prüfrhythmus bei guter Qualität sind zu beachten. ⁴Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen die Prüfaufträge für zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage der von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Ergebnisse. ⁵Zu prüfen ist, ob die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und nach den auf dieser Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. ⁶Die Regelprüfung erfasst insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). ⁷Sie kann auch auf den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität) erstreckt werden. ⁸Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der Betreuung einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 43b, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) und der Zusatzleistungen (§ 88). ⁹Auch die nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind in die Regelprüfung einzubeziehen, unabhängig davon, ob von der Pflegeversicherung Leistungen nach § 36 erbracht werden. ¹⁰Die Regelprüfung umfasst auch die Abrechnung der genannten Leistungen. ¹¹Zu prüfen ist auch, ob die Versorgung der

Pflegebedürftigen den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes entspricht.

(3) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen haben im Rahmen der Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden (§ 117) vor einer Regelprüfung insbesondere zu erfragen, ob Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen in einer Prüfung der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde oder in einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren berücksichtigt worden sind. ²Hierzu können auch Vereinbarungen auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden sowie den für weitere Prüfverfahren zuständigen Aufsichtsbehörden getroffen werden. ³Um Doppelprüfungen zu vermeiden, haben die Landesverbände der Pflegekassen den Prüfumfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern, wenn

1. die Prüfungen nicht länger als neun Monate zurückliegen,
2. die Prüfergebnisse nach pflegfachlichen Kriterien den Ergebnissen einer Regelprüfung gleichwertig sind und
3. die Veröffentlichung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität gemäß § 115 Absatz 1a gewährleistet ist.

⁴Die Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass von einer Verringerung der Prüfpflicht abgesehen wird.

(4) ¹Bei Anlassprüfungen geht der Prüfauftrag in der Regel über den jeweiligen Prüfanlass hinaus; er umfasst eine vollständige Prüfung mit dem Schwerpunkt der Ergebnisqualität. ²Gibt es im Rahmen einer Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung sachlich begründete Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege bei Pflegebedürftigen, auf die sich die Prüfung nicht erstreckt, sind die betroffenen Pflegebedürftigen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in die Prüfung einzubeziehen. ³Die Prüfung ist insgesamt als Anlassprüfung durchzuführen. ⁴Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung kann von den Landesverbänden der Pflegekassen eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Abs. 2 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind.

Fußnoten

§ 114: IdF d. Art. 1 Nr. 72 G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008

§ 114 Abs. 1 idF d. G v. 28.5.2008 | 874: Nordrhein-Westfalen - Abweichung durch § 19 Abs. 3 Wohn- und Teilhabegesetz (WTG NW) v. 18.11.2008 GV NRW 2008, 738 mWv 1.1.2009 (vgl. BGBl I 2008, 2984)

§ 114 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 6 Nr. 3 Buchst. a G v. 28.7.2011 | 1622 mWv 4.8.2011

§ 114 Abs. 1 Satz 5: Eingef. durch Art. 1 Nr. 41 Buchst. a G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 114 Abs. 1 Satz 6: IdF d. Art. 3 Nr. 3 Buchst. a G v. 1.12.2015 | 2114 mWv 8.12.2015

§ 114 Abs. 1 Satz 7: Eingef. durch Art. 1 Nr. 41 Buchst. a G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012; idF d. Art. 3 Nr. 3 Buchst. b G v. 1.12.2015 | 2114 mWv 8.12.2015

§ 114 Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 6 Nr. 3 Buchst. b DBuchst. aa G v. 28.7.2011 | 1622 mWv 4.8.2011

§ 114 Abs. 2 Satz 2 bis 4: Eingef. durch Art. 11 Nr. 20a G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

§ 114 Abs. 2 Satz 5 (früher Satz 2): Früher Satz 2, jetzt Satz 5 gem. Art. 11 Nr. 20a G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

§ 114 Abs. 2 Satz 6 (früher Satz 3): Früher Satz 3, jetzt Satz 6 gem. Art. 11 Nr. 20a G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

§ 114 Abs. 2 Satz 7 (früher Satz 4): Früher Satz 4, jetzt Satz 7 gem. Art. 11 Nr. 20a G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

§ 114 Abs. 2 Satz 8 (früher Satz 5): IdF d. Art. 2 Nr. 45 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017 u. d. Art. 1 Nr. 21 Buchst. a G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017; früher Satz 5, jetzt Satz 8 gem. Art. 11 Nr. 20a G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

§ 114 Abs. 2 Satz 9 (früher Satz 6): Eingef. durch Art. 1 Nr. 21 Buchst. b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017; früher Satz 6, jetzt Satz 9 gem. Art. 11 Nr. 20a G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

§ 114 Abs. 2 Satz 10 (früher Satz 7): Satz 7 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 21 Buchst. b u. c G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017; früher Satz 7, jetzt Satz 10 gem. Art. 11 Nr. 20a G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

§ 114 Abs. 2 Satz 11 (früher Satz 8): IdF d. Art. 6 Nr. 3 Buchst. b DBuchst. bb G v. 28.7.2011 | 1622 mWv 4.8.2011; jetzt Satz 8 gem. Art. 1 Nr. 21 Buchst. b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017; früher Satz 8, jetzt Satz 11 gem. Art. 11 Nr. 20a G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

§ 114 Abs. 3: IdF d. Art. 1 Nr. 41 Buchst. b G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 114 Abs. 3 Satz 3 Nr. 3: IdF d. Art. 1 Nr. 36 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 114 Abs. 4: Früherer Abs. 4 aufgeh., früherer Abs. 5 jetzt Abs. 4 gem. Art. 1 Nr. 36 Buchst. c u. d G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016; früherer Abs. 5 Satz 5 bis 7 aufgeh. durch Art. 1 Nr. 36 Buchst. d DBuchst. bb G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 114 Abs. 4 (früher Abs. 5) Satz 2 u. 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 27 Buchst. a G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 114 Abs. 4 (früher Abs. 5) Satz 4: Früher Satz 2 gem. Art. 1 Nr. 27 Buchst. a G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015; idF d. Art. 1 Nr. 36 Buchst. d DBuchst. aa G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 114 Abs. 4 (früher Abs. 5) Satz 5: Früher Satz 3 gem. Art. 1 Nr. 27 Buchst. a G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 114 Abs. 4 (früher Abs. 5) Satz 6 (früher Satz 4): Eingef. durch Art. 1 Nr. 41 Buchst. c G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012; jetzt Satz 6 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 27 Buchst. a u. b G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 114 Abs. 4 (früher Abs. 5) Satz 7 (früher Satz 5): Eingef. durch Art. 1 Nr. 41 Buchst. c G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012; jetzt Satz 7 gem. Art. 1 Nr. 27 Buchst. a G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

(1) ¹Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen sind im Rahmen ihres Prüfauftrags nach § 114 jeweils berechtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch erfüllen. ²Die Prüfungen sind grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen. ³Die Prüfungen in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen unangekündigt erfolgen, wenn die Einrichtung ihrer Verpflichtung nach § 114b Absatz 1 gar nicht nachkommt, die Datenübermittlung unvollständig war oder von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b mangelnde Plausibilität der übermittelten Daten festgestellt wurde. ⁴Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen beraten im Rahmen der Qualitätsprüfungen die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung. ⁵§ 112 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) ¹Sowohl bei teil- als auch bei vollstationärer Pflege sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen jeweils berechtigt, zum Zwecke der Qualitätssicherung die für das Pflegeheim benutzten Grundstücke und Räume jederzeit zu betreten, dort Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen, sich mit den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen, vertretungsberechtigten Personen und Betreuern in Verbindung zu setzen sowie die Beschäftigten und die Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner zu befragen. ²Prüfungen und Besichtigungen zur Nachtzeit sind nur zulässig, wenn und soweit das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Tageszeiten nicht erreicht werden kann. ³Soweit Räume einem Wohnrecht der Heimbewohner unterliegen, dürfen sie ohne deren Einwilligung nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. ⁴Bei der ambulanten Pflege sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Einwilligung der von dem Pflegedienst versorgten Person auch in deren Wohnung zu überprüfen. ⁵Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sollen die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde an Prüfungen beteiligen, soweit dadurch die Prüfung nicht verzögert wird.

(3) ¹Die Prüfungen beinhalten auch Inaugenscheinnahmen des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von durch die Pflegeeinrichtung versorgten Personen. ²Zum gesundheitlichen und pflegerischen Zustand der durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einbezogenen Personen können sowohl diese

Personen selbst als auch Beschäftigte der Pflegeeinrichtungen, Betreuer und Angehörige sowie Mitglieder der heimrechtlichen Interessenvertretungen der Bewohnerinnen und Bewohner befragt werden.³ Bei der Beurteilung der Pflegequalität sind die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme von Personen nach Satz 1 und Befragungen der Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen sowie der durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einbezogenen Personen, ihrer Angehörigen und der vertretungsberechtigten Personen angemessen zu berücksichtigen.⁴ Die Teilnahme an Inaugenscheinnahmen und Befragungen ist freiwillig.⁵ Durch die Ablehnung dürfen keine Nachteile entstehen.⁶ Einsichtnahmen in Pflegedokumentationen, Inaugenscheinnahmen von Personen nach Satz 1 und Befragungen von Personen nach Satz 2 sowie die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einbezogenen Personen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts bedürfen der Einwilligung der betroffenen Personen.

(3a)¹ Die Pflegeeinrichtungen haben im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht nach § 114 Absatz 1 Satz 4 insbesondere die Namen und Kontaktdaten der von ihnen versorgten Personen an die jeweiligen Prüfer weiterzuleiten.² Die Prüfer sind jeweils verpflichtet, die durch Inaugenscheinnahme nach Absatz 3 Satz 1 in die Qualitätsprüfung einzubeziehenden Personen vor der Durchführung der Qualitätsprüfung in verständlicher Weise über die für die Einwilligung in die Prüfhandlungen nach Absatz 3 Satz 6 wesentlichen Umstände aufzuklären.³ Ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die die durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einzubeziehende Person in Textform erhält.⁴ Die Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen, dass die durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einzubeziehende Person ihre Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann.⁵ Die Einwilligung nach Absatz 2 oder Absatz 3 kann erst nach Bekanntgabe der Einbeziehung der in Augenschein zu nehmenden Person in die Qualitätsprüfung erklärt werden und muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeignete Weise gegenüber den Prüfern abgegeben werden, die Person des Erklärenden benennen und den Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar machen (Textform).⁶ Ist die durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einzubeziehende Person einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, wobei dieser nach Maßgabe der Sätze 2 bis 4 aufzuklären ist.⁷ Ist ein Berechtigter nicht am Ort einer unangemeldeten Prüfung anwesend und ist eine rechtzeitige Einholung der Einwilligung in Textform nicht möglich, so genügt nach einer den Maßgaben der Sätze 2 bis 4 entsprechenden Aufklärung durch die Prüfer ausnahmsweise eine mündliche Einwilligung, wenn andernfalls die Durchführung der Prüfung erschwert würde.⁸ Die mündliche Einwilligung oder Nichteinwilligung des Berechtigten sowie die Gründe für ein ausnahmsweises Abweichen von der erforderlichen Textform sind schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

(4)¹ Auf Verlangen sind Vertreter der betroffenen Pflegekassen oder ihrer Verbände, des zuständigen Sozialhilfeträgers sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. an den Prüfungen nach den Absätzen 1 bis 3 zu beteiligen.² Der Träger der Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass eine Vereinigung, deren Mitglied er ist (Trägervereinigung), an der Prüfung nach den Absätzen 1 bis 3 beteiligt wird.³ Ausgenommen ist eine Beteiligung nach Satz 1 oder nach Satz 2, soweit dadurch die Durchführung einer Prüfung voraussichtlich verzögert wird.⁴ Unabhängig von ihren eigenen Prüfungsbefugnissen nach den Absätzen 1 bis 3 sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen jeweils befugt, sich an Überprüfungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu beteiligen, soweit sie von der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde nach Maßgabe heimrechtlicher Vorschriften durchgeführt werden.⁵ Sie haben in diesem Fall ihre Mitwirkung an der Überprüfung der Pflegeeinrichtung auf den Bereich der Qualitätssicherung nach diesem Buch zu beschränken.

(5)¹ Unterschreitet der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannte, auf das Bundesgebiet bezogene Prüfquote, beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, anteilig bis zu einem Betrag von 10 Prozent an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.² Das Bundesversicherungsamt stellt jeweils am Ende eines Jahres die Einhaltung der Prüfquote oder die Höhe der Unter- oder Überschreitung sowie die Höhe der durchschnittlichen Kosten von Prüfungen im Wege einer Schätzung nach Anhörung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen fest und teilt diesen jährlich die Anzahl der durchgeführten Prüfungen und bei Unterschreitung der Prüfquote den Finanzierungsanteil der privaten

Versicherungsunternehmen mit; der Finanzierungsanteil ergibt sich aus der Multiplikation der Durchschnittskosten mit der Differenz zwischen der Anzahl der vom Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. durchgeführten Prüfungen und der in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannten Prüfquote.³ Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, ist vom Verband der privaten Krankenversicherung e. V. jährlich unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) zu überweisen.⁴ Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. muss der Zahlungsaufforderung durch das Bundesversicherungsamt keine Folge leisten, wenn er innerhalb von vier Wochen nach der Zahlungsaufforderung nachweist, dass die Unterschreitung der Prüfquote nicht von ihm oder seinem Prüfdienst zu vertreten ist.

(5a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart bis zum 31. Oktober 2011 mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. das Nähere über die Zusammenarbeit bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., insbesondere über Maßgaben zur Prüfquote, Auswahlverfahren der zu prüfenden Pflegeeinrichtungen und Maßnahmen der Qualitätssicherung, sowie zur einheitlichen Veröffentlichung von Ergebnissen der Qualitätsprüfungen durch den Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

(6)¹ Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. berichten dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zum 30. Juni 2011, danach in Abständen von drei Jahren, über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach diesem Buch, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung.² Sie stellen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten sicher.³ Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen führt die Berichte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und seine eigenen Erkenntnisse und Erfahrungen zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu einem Bericht zusammen und legt diesen innerhalb eines halben Jahres dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den zuständigen Länderministerien vor.

(7)¹ Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich.² In den Richtlinien sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 zu berücksichtigen.³ Die Richtlinien für den stationären Bereich sind bis zum 31. Oktober 2017, die Richtlinien für den ambulanten Bereich bis zum 31. Oktober 2018 zu beschließen.⁴ Sie treten jeweils gleichzeitig mit der entsprechenden Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a in Kraft.⁵ Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit.⁶ Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen.⁷ Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.⁸ Die Richtlinien sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen.⁹ Sie sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen.¹⁰ Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.¹¹ Die Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung sind für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich.

Fußnoten

§ 114a: Eingef. durch Art. 1 Nr. 73 G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008
 § 114a Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 6 Nr. 4 Buchst. a DBuchst. aa G v. 28.7.2011 | 1622 mWv 4.8.2011
 § 114a Abs. 1 Satz 2 u. 3: IdF d. Art. 11 Nr. 20b G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019
 § 114a Abs. 1 Satz 4 (früher Satz 3): IdF d. Art. 6 Nr. 4 Buchst. a DBuchst. bb G v. 28.7.2011 | 1622 mWv 4.8.2011; früherer Satz 3 jetzt Satz 4 gem. Art. 1 Nr. 42 Buchst. a DBuchst. bb G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012
 § 114a Abs. 1 Satz 5: Früher Satz 4 gem. Art. 1 Nr. 42 Buchst. a DBuchst. bb G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012
 § 114a Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 6 Nr. 4 Buchst. b DBuchst. aa G v. 28.7.2011 | 1622 mWv 4.8.2011
 § 114a Abs. 2 Satz 3: IdF d. Art. 1 Nr. 21a Buchst. a DBuchst. aa G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
 § 114a Abs. 2 Satz 4: IdF d. Art. 1 Nr. 21a Buchst. a DBuchst. bb G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
 § 114a Abs. 2 Satz 4: Früherer Satz 4 aufgeh., früherer Satz 5 jetzt Satz 4 gem. Art. 2 Abs. 1 Nr. 5 Buchst. a DBuchst. aa G v. 29.7.2009 | 2319 mWv 1.10.2009; idF d. Art. 6 Nr. 4 Buchst. b DBuchst. bb G v. 28.7.2011 | 1622 mWv 4.8.2011
 § 114a Abs. 2 Satz 5 (früher Satz 6): Eingef. durch Art. 2 Abs. 1 Nr. 5 Buchst. a DBuchst. cc G v. 29.7.2009 | 2319 mWv 1.10.2009; idF d. Art. 6 Nr. 4 Buchst. b DBuchst. cc G v. 28.7.2011 | 1622 mWv 4.8.2011; früherer Satz 5 aufgeh., früherer Satz 6 jetzt Satz 5 gem. Art. 1 Nr. 42 Buchst. b G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012
 § 114a Abs. 3: IdF d. Art. 1 Nr. 21a Buchst. b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
 § 114a Abs. 3a: Eingef. durch Art. 1 Nr. 42 Buchst. d G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012
 § 114a Abs. 3a Satz 1 bis 4: Eingef. durch Art. 1 Nr. 21a Buchst. c DBuchst. aa G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
 § 114a Abs. 3a Satz 5 u. 6: Früher Satz 1 u. 2 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 21a Buchst. c DBuchst. aa, bb u. cc G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
 § 114a Abs. 3a Satz 7 (früher Satz 3): Eingef. durch Art. 1 Nr. 37 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016; jetzt Satz 7 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 21a Buchst. c DBuchst. aa, dd u. ee G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
 § 114a Abs. 3a Satz 8 (früher Satz 4): Eingef. durch Art. 1 Nr. 37 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016; jetzt Satz 8 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 21a Buchst. c DBuchst. aa, dd u. ee G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017; idF d. Art. 10 Nr. 10 G v. 6.5.2019 | 646 mWv 11.5.2019
 § 114a Abs. 4 Satz 4: IdF d. Art. 2 Abs. 1 Nr. 5 Buchst. b DBuchst. aa G v. 29.7.2009 | 2319 mWv 1.10.2009 u. d. Art. 6 Nr. 4 Buchst. c G v. 28.7.2011 | 1622 mWv 4.8.2011
 § 114a Abs. 4 Satz 5: IdF d. Art. 2 Abs. 1 Nr. 5 Buchst. b DBuchst. bb G v. 29.7.2009 | 2319 mWv 1.10.2009
 § 114a Abs. 5: IdF d. Art. 6 Nr. 4 Buchst. d G v. 28.7.2011 | 1622 mWv 4.8.2011
 § 114a Abs. 5a: Eingef. durch Art. 6 Nr. 4 Buchst. e G v. 28.7.2011 | 1622 mWv 4.8.2011
 § 114a Abs. 6 Satz 1: IdF d. Art. 6 Nr. 4 Buchst. f DBuchst. aa G v. 28.7.2011 | 1622 mWv 4.8.2011
 § 114a Abs. 6 Satz 3: IdF d. Art. 6 Nr. 4 Buchst. f DBuchst. bb G v. 28.7.2011 | 1622 mWv 4.8.2011
 § 114a Abs. 7: IdF d. Art. 1 Nr. 37 Buchst. c G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 114b Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen

(1) ¹Die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, ab dem 1. Oktober 2019 bis zum 30. Juni 2020 einmal und ab dem 1. Juli 2020 halbjährlich zu einem bestimmten Stichtag indikatorenbezogene Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im vollstationären Bereich zu erheben und an die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zu übermitteln. ²Die indikatorenbezogenen Daten sind auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements zu erfassen. ³Wenn die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b bis zum 15. September 2019 nicht eingerichtet ist, haben die Landesverbände der Pflegekassen die Erfüllung der Aufgaben nach § 113 Absatz 1b sicherzustellen.

(2) Die von den Einrichtungen gemäß Absatz 1 Satz 1 übermittelten indikatorenbezogenen Daten werden entsprechend den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a mit Ausnahme der zwischen dem 1. Oktober 2019 und dem 30. Juni 2020 erstmals erhobenen und übermittelten Daten veröffentlicht.

(3) ¹Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird im Jahr 2019 ein einmaliger Förderbetrag in Höhe von 1 000 Euro für jede zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt,

um die für die Erhebung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität notwendigen Schulungen in den Einrichtungen zu unterstützen.²Die Modalitäten der Auszahlung der Fördermittel durch eine Pflegekasse werden von den Landesverbänden der Pflegekassen festgelegt.³Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten.⁴Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.⁵Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesversicherungsamt regeln das Nähere über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sowie zur Feststellung und Erhebung der Beträge der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, durch Vereinbarung.

Fußnoten

§ 114b: Eingef. durch Art. 11 Nr. 20c G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

§ 114c Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht

(1)¹Abweichend von § 114 Absatz 2 kann eine Prüfung in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2021 regelmäßig im Abstand von höchstens zwei Jahren stattfinden, wenn durch die jeweilige Einrichtung ein hohes Qualitätsniveau sichergestellt ist.²Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 30. September 2019 in Richtlinien Kriterien zur Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus sowie Kriterien für die Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 fest.³Bei der Erstellung der Richtlinien sind die Empfehlungen heranzuziehen, die in dem Abschlussbericht des wissenschaftlichen Verfahrens zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 bis 114b und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a in der stationären Pflege „Darstellung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung“ in der vom Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2018 abgenommenen Fassung zum indikatoren gestützten Verfahren dargelegt wurden.⁴Die Feststellung, ob ein hohes Qualitätsniveau durch eine Einrichtung sichergestellt ist, soll von den Landesverbänden der Pflegekassen auf der Grundlage der durch die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Daten und der Ergebnisse der nach § 114 durchgeführten Qualitätsprüfungen erfolgen.⁵Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 an der Erstellung und Änderung der Richtlinien mit.⁶Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen.⁷Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.⁸Die Kriterien nach Satz 2 sind auf der Basis der empirischen Erkenntnisse der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zur Messung und Bewertung der Qualität der Pflege in den Einrichtungen sowie des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse regelmäßig, erstmals nach zwei Jahren, zu überprüfen.

(2)¹Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt.²Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden.³Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

(3)¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. September 2020, zum 31. März 2021 und danach jährlich über die Erfahrungen der Pflegekassen mit

1. der Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 114b Absatz 1 und
2. Qualitätsprüfungen, die ab dem 1. November 2019 nach § 114 in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden.

²Für die Berichterstattung zum 31. März 2021 beauftragt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen.

Fußnoten

§ 114c: Eingef. durch Art. 11 Nr. 20c G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung

(1) ¹Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die von den Landesverbänden der Pflegekassen für Qualitätsprüfungen bestellten Sachverständigen haben das Ergebnis einer jeden Qualitätsprüfung sowie die dabei gewonnenen Daten und Informationen den Landesverbänden der Pflegekassen und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden im Rahmen ihrer Zuständigkeit und bei häuslicher Pflege den zuständigen Pflegekassen zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben sowie der betroffenen Pflegeeinrichtung mitzuteilen. ²Die Landesverbände der Pflegekassen sind befugt und auf Anforderung verpflichtet, die ihnen nach Satz 1 bekannt gewordenen Daten und Informationen mit Zustimmung des Trägers der Pflegeeinrichtung auch seiner Trägervereinigung zu übermitteln, soweit deren Kenntnis für die Anhörung oder eine Stellungnahme der Pflegeeinrichtung zu einem Bescheid nach Absatz 2 erforderlich ist. ³Gegenüber Dritten sind die Prüfer und die Empfänger der Daten zur Verschwiegenheit verpflichtet; dies gilt nicht für die zur Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen nach Absatz 1a erforderlichen Daten und Informationen.

(1a) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. ²Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren insbesondere auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 und der Richtlinien zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität für den ambulanten und den stationären Bereich zugrunde zu legen sind und inwieweit die Ergebnisse durch weitere Informationen ergänzt werden. ³In den Vereinbarungen sind die Ergebnisse der nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 bis 4 vergebenen Aufträge zu berücksichtigen. ⁴Die Vereinbarungen umfassen auch die Form der Darstellung einschließlich einer Bewertungssystematik (Qualitätsdarstellungsvereinbarungen). ⁵Bei Anlassprüfungen nach § 114 Absatz 5 bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität. ⁶Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. ⁷Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind zeitnah zu berücksichtigen. ⁸Bei der Darstellung der Qualität ist die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung kenntlich zu machen. ⁹Das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind an gut sichtbarer Stelle in jeder Pflegeeinrichtung auszuhängen. ¹⁰Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für den stationären Bereich sind bis zum 31. Dezember 2017 und für den ambulanten Bereich bis zum 31. Dezember 2018 jeweils unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu schließen. ¹¹Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. ¹²Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen sind an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. ¹³Bestehende Vereinbarungen gelten bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort; dies gilt entspre-

chend auch für die bestehenden Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik (Pflege-Transparenzvereinbarungen).

(1b) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass ab dem 1. Januar 2014 die Informationen gemäß § 114 Absatz 1 über die Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung und ab dem 1. Juli 2016 die Informationen gemäß § 114 Absatz 1 zur Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz in vollstationären Einrichtungen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. ²Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Informationen nach Satz 1 an gut sichtbarer Stelle in der Pflegeeinrichtung auszuhängen. ³Die Landesverbände der Pflegekassen übermitteln die Informationen nach Satz 1 an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zum Zweck der einheitlichen Veröffentlichung.

(1c) ¹Die Landesverbände der Pflegekassen haben Dritten für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung die Daten, die nach den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach Absatz 1a der Darstellung der Qualität zu Grunde liegen, sowie rückwirkend zum 1. Januar 2017 ab dem 1. April 2017 die Daten, die nach den nach § 115a übergeleiteten Pflege-Transparenzvereinbarungen der Darstellung der Qualität bis zum Inkrafttreten der Qualitätsdarstellungsvereinbarungen zu Grunde liegen, auf Antrag in maschinen- und menschenlesbarer sowie plattformunabhängiger Form zur Verarbeitung und Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen. ²Das Nähere zu der Übermittlung der Daten an Dritte, insbesondere zum Datenformat, zum Datennutzungsvertrag, zu den Nutzungsrechten und den Pflichten des Nutzers bei der Verwendung der Daten, bestimmen die Vertragsparteien nach § 113 bis zum 31. März 2017 in Nutzungsbedingungen, die dem Datennutzungsvertrag unabdingbar zu Grunde zu legen sind. ³Mit den Nutzungsbedingungen ist eine nicht missbräuchliche, nicht wettbewerbsverzerrende und manipulationsfreie Verwendung der Daten sicherzustellen. ⁴Der Dritte hat zu gewährleisten, dass die Herkunft der Daten für die Endverbraucherin oder den Endverbraucher transparent bleibt. ⁵Dies gilt insbesondere, wenn eine Verwendung der Daten in Zusammenhang mit anderen Daten erfolgt. ⁶Für die Informationen nach Absatz 1b gelten die Sätze 1 bis 4 entsprechend. ⁷Die Übermittlung der Daten erfolgt gegen Ersatz der entstehenden Verwaltungskosten, es sei denn, es handelt sich bei den Dritten um öffentlich-rechtliche Stellen. ⁸Die entsprechenden Aufwendungen sind von den Landesverbänden der Pflegekassen nachzuweisen.

(2) ¹Soweit bei einer Prüfung nach diesem Buch Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen nach Anhörung des Trägers der Pflegeeinrichtung und der beteiligten Trägervereinigung unter Beteiligung des zuständigen Trägers der Sozialhilfe, 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. ²Werden nach Satz 1 festgestellte Mängel nicht fristgerecht beseitigt, können die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam den Versorgungsvertrag gemäß § 74 Abs. 1, in schwerwiegenden Fällen nach § 74 Abs. 2, kündigen. ³§ 73 Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) ¹Hält die Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag (§ 72) ganz oder teilweise nicht ein, sind die nach dem Achten Kapitel vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung entsprechend zu kürzen. ²Über die Höhe des Kürzungsbetrags ist zwischen den Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 Einvernehmen anzustreben. ³Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 76 in der Besetzung des Vorsitzenden und der beiden weiteren unparteiischen Mitglieder. ⁴Gegen die Entscheidung nach Satz 3 ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben; ein Vorverfahren findet nicht statt, die Klage hat aufschiebende Wirkung. ⁵Der vereinbarte oder festgesetzte Kürzungsbetrag ist von der Pflegeeinrichtung bis zur Höhe ihres Eigenanteils an die betroffenen Pflegebedürftigen und im Weiteren an die Pflegekassen zurückzuzahlen; soweit die Pflegevergütung als nachrangige Sachleistung von einem anderen Leistungsträger übernommen wurde, ist der Kürzungsbetrag an diesen zurückzuzahlen. ⁶Der Kürzungsbetrag kann nicht über die Vergütungen oder Entgelte nach dem Achten Kapitel refinanziert werden. ⁷Schadensersatzansprüche der betroffenen Pflegebedürftigen nach anderen Vorschriften bleiben unberührt; § 66 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(3a) ¹Eine Verletzung der Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung im Sinne des Absatzes 3 Satz 1 wird unwiderlegbar vermutet

1. bei einem planmäßigen und zielgerichteten Verstoß des Trägers der Einrichtung gegen seine Verpflichtung zur Einhaltung der nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vereinbarten Personalausstattung oder
2. bei nicht nur vorübergehenden Unterschreitungen der nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vereinbarten Personalausstattung.

²Entsprechendes gilt bei Nichtbezahlung der nach § 84 Absatz 2 Satz 5 beziehungsweise nach § 89 Absatz 1 Satz 4 zu Grunde gelegten Gehälter. ³Abweichend von Absatz 3 Satz 2 und 3 ist das Einvernehmen über den Kürzungsbetrag unverzüglich herbeizuführen und die Schiedsstelle hat in der Regel binnen drei Monaten zu entscheiden. ⁴Bei Verstößen im Sinne von Satz 1 Nummer 1 können die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam den Versorgungsvertrag gemäß § 74 Absatz 1, in schwerwiegenden Fällen nach § 74 Absatz 2, kündigen; § 73 Absatz 2 gilt entsprechend.

(3b) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren durch den Qualitätsausschuss gemäß § 113b bis zum 1. Januar 2018 das Verfahren zur Kürzung der Pflegevergütung nach den Absätzen 3 und 3a. ²Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen und gelten vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats. ³Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(4) ¹Bei Feststellung schwerwiegender, kurzfristig nicht behebbarer Mängel in der stationären Pflege sind die Pflegekassen verpflichtet, den betroffenen Heimbewohnern auf deren Antrag eine andere geeignete Pflegeeinrichtung zu vermitteln, welche die Pflege, Versorgung und Betreuung nahtlos übernimmt. ²Bei Sozialhilfeempfängern ist der zuständige Träger der Sozialhilfe zu beteiligen.

(5) ¹Stellen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege fest, kann die zuständige Pflegekasse dem Pflegedienst auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die weitere Versorgung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagen; § 73 Absatz 2 gilt entsprechend. ²Die Pflegekasse hat dem Pflegebedürftigen in diesem Fall einen anderen geeigneten Pflegedienst zu vermitteln, der die Pflege nahtlos übernimmt; dabei ist so weit wie möglich das Wahlrecht des Pflegebedürftigen nach § 2 Abs. 2 zu beachten. ³Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(6) ¹In den Fällen der Absätze 4 und 5 haftet der Träger der Pflegeeinrichtung gegenüber den betroffenen Pflegebedürftigen und deren Kostenträgern für die Kosten der Vermittlung einer anderen ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung, soweit er die Mängel in entsprechender Anwendung des § 276 des Bürgerlichen Gesetzbuches zu vertreten hat. ²Absatz 3 Satz 7 bleibt unberührt.

Fußnoten

Elftes Kapitel (§§ 112 bis 120): Eingef. durch Art. 1 Nr. 23 G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002, dieser idF d. Art. 4 Nr. 3 G v. 14.12.2001 I 3728 mWv 21.12.2001

§ 115 Überschrift: IdF d. Art. 1 Nr. 38 Buchst. a G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016 u. d. Art. 9 Nr. 3d Buchst. a G v. 18.7.2017 I 2757 mWv 29.7.2017

§ 115 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 10 Nr. 12 Buchst. a G v. 27.12.2003 I 3022 mWv 1.1.2005, d. Art. 2 Abs. 1 Nr. 6 G v. 29.7.2009 I 2319 mWv 1.10.2009 u. d. Art. 6 Nr. 5 Buchst. a G v. 28.7.2011 I 1622 mWv 4.8.2011

§ 115 Abs. 1 Satz 2: Früherer Satz 2 aufgeh., früherer Satz 3 jetzt Satz 2 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 38 Buchst. b DBuchst. aa u. bb G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 115 Abs. 1 Satz 3 (früher Satz 4): IdF d. Art. 1 Nr. 74 Buchst. a DBuchst. bb G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 115 Abs. 1a: IdF d. Art. 1 Nr. 38 Buchst. c G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 115 Abs. 1b: Eingef. durch Art. 1 Nr. 43 G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 30.10.2012

§ 115 Abs. 1b Satz 1: IdF d. Art. 3 Nr. 4 G v. 1.12.2015 I 2114 mWv 8.12.2015

§ 115 Abs. 1b Satz 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 38 Buchst. d G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 115 Abs. 1c: Eingef. durch Art. 1 Nr. 21b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
§ 115 Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 10 Nr. 12 Buchst. b G v. 27.12.2003 | 3022 mWv 1.1.2005
§ 115 Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 74 Buchst. c G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008
§ 115 Abs. 3a u. 3b: Eingef. durch Art. 9 Nr. 3d Buchst. b G v. 18.7.2017 | 2757 mWv 29.7.2017
§ 115 Abs. 5 Satz 1: IdF d. Art. 6 Nr. 5 Buchst. c G v. 28.7.2011 | 1622 mWv 4.8.2011 u. d. Art. 1 Nr. 38 Buchst. e G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 115a Übergangsregelung für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs-Richtlinien

(1) ¹Die Vertragsparteien nach § 113 passen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene die Pflege-Transparenzvereinbarungen an dieses Gesetz in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung an (übergeleitete Pflege-Transparenzvereinbarungen). ²Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. ³Kommt bis zum 30. April 2016 keine einvernehmliche Einigung zustande, entscheidet der erweiterte Qualitätsausschuss nach § 113b Absatz 3 bis zum 30. Juni 2016. ⁴Die übergeleiteten Pflege-Transparenzvereinbarungen gelten ab 1. Januar 2017 bis zum Inkrafttreten der in § 115 Absatz 1a vorgesehenen Qualitätsdarstellungsvereinbarungen.

(2) Schiedsstellenverfahren zu den Pflege-Transparenzvereinbarungen, die am 1. Januar 2016 anhängig sind, werden nach Maßgabe des § 113b Absatz 2, 3 und 8 durch den Qualitätsausschuss entschieden; die Verfahren sind bis zum 30. Juni 2016 abzuschließen.

(3) Die Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 (Qualitätsprüfungs-Richtlinien) in der am 31. Dezember 2015 geltenden Fassung gelten nach Maßgabe der Absätze 4 und 5 bis zum Inkrafttreten der Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 fort und sind für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich.

(4) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen passt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die Qualitätsprüfungs-Richtlinien unverzüglich an dieses Gesetz in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung an. ²Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. ³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. ⁴Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. ⁵Die angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(5) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen passt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die nach Absatz 4 angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien bis zum 30. September 2016 an die nach Absatz 1 übergeleiteten und gegebenenfalls nach Absatz 2 geänderten Pflege-Transparenzvereinbarungen an. ²Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. ³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. ⁴Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung ein-

zubeziehen.⁵Die angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und treten zum 1. Januar 2017 in Kraft.

Fußnoten

§ 115a: Eingef. durch Art. 1 Nr. 38a G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2016

§ 116 Kostenregelungen

(1) Die Prüfkosten bei Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 sind als Aufwand in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung nach dem Achten Kapitel zu berücksichtigen; sie können auch auf mehrere Vergütungszeiträume verteilt werden.

(2)¹Die Kosten der Schiedsstellenentscheidung nach § 115 Abs. 3 Satz 3 trägt der Träger der Pflegeeinrichtung, soweit die Schiedsstelle eine Vergütungskürzung anordnet; andernfalls sind sie von den als Kostenträgern betroffenen Vertragsparteien gemeinsam zu tragen.²Setzt die Schiedsstelle einen niedrigeren Kürzungsbetrag fest als von den Kostenträgern gefordert, haben die Beteiligten die Verfahrenskosten anteilig zu zahlen.

(3)¹Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu regeln.²In der Rechtsverordnung können auch Mindest- und Höchstsätze festgelegt werden; dabei ist den berechtigten Interessen der Wirtschaftlichkeitsprüfer (§ 79) sowie der zur Zahlung der Entgelte verpflichteten Pflegeeinrichtungen Rechnung zu tragen.

Fußnoten

Elftes Kapitel (§§ 112 bis 120): Eingef. durch Art. 1 Nr. 23 G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002

§ 116 Abs. 1: Früherer Abs. 1 aufgeh., früherer Abs. 2 jetzt Abs. 1 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 75 Buchst. a u. b G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 116 Abs. 2: Früher Abs. 3 gem. Art. 1 Nr. 75 Buchst. c G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 116 Abs. 3: Früher Abs. 4 gem. Art. 1 Nr. 75 Buchst. d G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 116 Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 75 Buchst. d DBuchst. aa G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 116 Abs. 3 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 75 Buchst. d DBuchst. bb G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 117 Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

(1)¹Die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. arbeiten mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden bei der Zulassung und der Überprüfung der Pflegeeinrichtungen eng zusammen, um ihre wechselseitigen Aufgaben nach diesem Buch und nach den heimrechtlichen Vorschriften insbesondere durch

1. regelmäßige gegenseitige Information und Beratung,
2. Terminabsprachen für eine gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Pflegeeinrichtungen und
3. Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen

wirksam aufeinander abzustimmen.²Dabei ist sicherzustellen, dass Doppelprüfungen nach Möglichkeit vermieden werden.³Zur Erfüllung dieser Aufgaben sind die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verpflichtet, in den Arbeitsgemeinschaften nach den heimrechtlichen Vorschriften mitzuwirken und sich an entsprechenden Vereinbarungen zu beteiligen.

(2)¹Die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. können mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden oder den obersten Landesbehörden ein Modellvorhaben vereinbaren, das darauf zielt, eine abgestimmte Vorgehensweise bei der Prüfung der Qualität von Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch und nach heimrechtlichen Vorschriften zu erarbeiten.²Von den Richtlinien nach §

114a Absatz 7 und den nach § 115 Absatz 1a bundesweit getroffenen Vereinbarungen kann dabei für die Zwecke und die Dauer des Modellvorhabens abgewichen werden.³ Die Verantwortung der Pflegekassen und ihrer Verbände für die inhaltliche Bestimmung, Sicherung und Prüfung der Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsqualität nach diesem Buch kann durch eine Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden oder den obersten Landesbehörden weder eingeschränkt noch erweitert werden.

(3)¹ Zur Verwirklichung der engen Zusammenarbeit sind die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. berechtigt und auf Anforderung verpflichtet, der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde die ihnen nach diesem Buch zugänglichen Daten über die Pflegeeinrichtungen, insbesondere über die Zahl und Art der Pflegeplätze und der betreuten Personen (Belegung), über die personelle und sächliche Ausstattung sowie über die Leistungen und Vergütungen der Pflegeeinrichtungen, mitzuteilen.² Personenbezogene Daten sind vor der Datenübermittlung zu anonymisieren.

(4)¹ Erkenntnisse aus der Prüfung von Pflegeeinrichtungen sind vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. oder von den sonstigen Sachverständigen oder Stellen, die Qualitätsprüfungen nach diesem Buch durchführen, unverzüglich der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen, soweit sie zur Vorbereitung und Durchführung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach den heimrechtlichen Vorschriften erforderlich sind.² § 115 Abs. 1 Satz 1 bleibt hiervon unberührt.

(5)¹ Die Pflegekassen und ihre Verbände sowie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. tragen die ihnen durch die Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden entstehenden Kosten.² Eine Beteiligung an den Kosten der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden oder anderer von nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde beteiligter Stellen oder Gremien ist unzulässig.

(6)¹ Durch Anordnungen der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde bedingte Mehr- oder Minderkosten sind, soweit sie dem Grunde nach vergütungsfähig im Sinne des § 82 Abs. 1 sind, in der nächstmöglichen Pflegesatzvereinbarung zu berücksichtigen.² Der Widerspruch oder die Klage einer Vertragspartei oder eines Beteiligten nach § 85 Abs. 2 gegen die Anordnung hat keine aufschiebende Wirkung.

Fußnoten

Elftes Kapitel (§§ 112 bis 120): Eingef. durch Art. 1 Nr. 23 G v. 9.9.2001 | 2320 mWv 1.1.2002

§ 117 Überschrift: IdF d. Art. 2 Abs. 1 Nr. 7 Buchst. a G v. 29.7.2009 | 2319 mWv 1.10.2009

§ 117 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 76 Buchst. a DBuchst. aa G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008, d. Art. 2 Abs. 1 Nr. 7 Buchst. b G v. 29.7.2009 | 2319 mWv 1.10.2009 u. d. Art. 6 Nr. 6 Buchst. a DBuchst. aa G v. 28.7.2011 | 1622 mWv 4.8.2011

§ 117 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2: IdF d. Art. 1 Nr. 44 Buchst. a DBuchst. aa G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 117 Abs. 1 Satz 3: IdF d. Art. 1 Nr. 76 Buchst. a DBuchst. bb G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008, d. Art. 6 Nr. 6 Buchst. a DBuchst. bb G v. 28.7.2011 | 1622 mWv 4.8.2011 u. d. Art. 1 Nr. 44 Buchst. a DBuchst. bb G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012

§ 117 Abs. 2 Satz 1: Eingef. durch Art. 1 Nr. 44 Buchst. b G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012; idF d. Art. 1 Nr. 28a G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 117 Abs. 2 Satz 2: Eingef. durch Art. 1 Nr. 44 Buchst. b G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012; idF d. Art. 1 Nr. 39 Buchst. a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 117 Abs. 2 Satz 3 (früher einziger Text): IdF d. Art. 2 Abs. 1 Nr. 7 Buchst. c G v. 29.7.2009 | 2319 mWv 1.10.2009; früherer einziger Text jetzt Satz 3 gem. Art. 1 Nr. 44 Buchst. b G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012; idF d. Art. 1 Nr. 28a G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 117 Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 2 Abs. 1 Nr. 7 Buchst. d G v. 29.7.2009 | 2319 mWv 1.10.2009 u. d. Art. 6 Nr. 6 Buchst. b G v. 28.7.2011 | 1622 mWv 4.8.2011

§ 117 Abs. 4 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 76 Buchst. b G v. 28.5.2008 | 874 mWv 1.7.2008, d. Art. 2 Abs. 1 Nr. 7 Buchst. e G v. 29.7.2009 | 2319 mWv 1.10.2009 u. d. Art. 6 Nr. 6 Buchst. c G v. 28.7.2011 | 1622 mWv 4.8.2011

§ 117 Abs. 4 Satz 2: IdF d. Art. 1 Nr. 39 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016
§ 117 Abs. 5 Satz 1: IdF d. Art. 2 Abs. 1 Nr. 7 Buchst. f DBuchst. aa G v. 29.7.2009 | 2319 mWv
1.10.2009 u. d. Art. 6 Nr. 6 Buchst. d G v. 28.7.2011 | 1622 mWv 4.8.2011
§ 117 Abs. 5 Satz 2: IdF d. Art. 2 Abs. 1 Nr. 7 Buchst. f DBuchst. bb G v. 29.7.2009 | 2319 mWv
1.10.2009
§ 117 Abs. 6 Satz 1: IdF d. Art. 2 Abs. 1 Nr. 7 Buchst. g G v. 29.7.2009 | 2319 mWv 1.10.2009

§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung

(1) ¹Bei Erarbeitung oder Änderung

1. der in § 17 Absatz 1, §§ 18b, 112a Absatz 2, § 114a Absatz 7, § 114c Absatz 1 und § 115a Absatz 3 bis 5 vorgesehenen Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen sowie
2. der Vereinbarungen und Beschlüsse nach § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, den §§ 113, 113a, 115 Absatz 1a sowie § 115a Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 durch den Qualitätsausschuss nach § 113b sowie der Vereinbarungen und Beschlüsse nach § 113c und der Vereinbarungen nach § 115a Absatz 1 Satz 1

wirken die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 2 beratend mit. ²Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei Beschlussfassungen. ³Bei den durch den Qualitätsausschuss nach § 113b zu treffenden Entscheidungen erhalten diese Organisationen das Recht, Anträge zu stellen. ⁴Der Qualitätsausschuss nach § 113b hat über solche Anträge in der nächsten Sitzung zu beraten. ⁵Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden. ⁶Ehrenamtlich Tätige, die von den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach Maßgabe einer auf Grund des Absatzes 2 erlassenen Verordnung in die Gremien des Qualitätsausschusses nach § 113b entsandt werden, damit sie dort die in den Sätzen 1 und 3 genannten Rechte dieser Organisationen wahrnehmen, haben Anspruch auf Erstattung der Reisekosten, die ihnen durch die Entsendung entstanden sind. ⁷Das Nähere zur Erstattung der Reisekosten regeln die Vereinbarungspartner in der Geschäftsordnung nach § 113b Absatz 7.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten festzulegen für

1. die Voraussetzungen der Anerkennung der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung, sowie
2. das Verfahren der Beteiligung.

Fußnoten

§ 118: Eingef. durch Art. 1 Nr. 45 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 30.10.2012
§ 118 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1: IdF d. Art. 1 Nr. 40 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016, d. Art. 11 Nr. 20d G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019 u. d. Art. 10 Nr. 11 G v. 6.5.2019 | 646 mWv 11.5.2019 (bezeichnet als Abs. 1 Nr. 1)
§ 118 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2: IdF d. Art. 1 Nr. 40 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016 u. d. Art. 1 Nr. 22 Buchst. a G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
§ 118 Abs. 1 Satz 3 bis 7: Früher Satz 3 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 22 Buchst. b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 119 Verträge mit Pflegeheimen außerhalb des Anwendungsbereichs des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes

Für den Vertrag zwischen dem Träger einer zugelassenen stationären Pflegeeinrichtung, auf die das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz keine Anwendung findet, und dem pflegebedürftigen Bewohner gelten die Vorschriften über die Verträge nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz entsprechend.

Fußnoten

§ 119: IdF d. Art. 2 Abs. 1 Nr. 8 G v. 29.7.2009 I 2319 mWv 1.10.2009

§ 120 Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

(1) ¹Bei häuslicher Pflege übernimmt der zugelassene Pflegedienst spätestens mit Beginn des ersten Pflegeeinsatzes auch gegenüber dem Pflegebedürftigen die Verpflichtung, diesen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit, entsprechend den von ihm in Anspruch genommenen Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 zu versorgen (Pflegevertrag). ²Bei jeder wesentlichen Veränderung des Zustandes des Pflegebedürftigen hat der Pflegedienst dies der zuständigen Pflegekasse unverzüglich mitzuteilen.

(2) ¹Der Pflegedienst hat nach Aufforderung der zuständigen Pflegekasse unverzüglich eine Ausfertigung des Pflegevertrages auszuhändigen. ²Der Pflegevertrag kann von dem Pflegebedürftigen jederzeit ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

(3) ¹In dem Pflegevertrag sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex gesondert zu beschreiben. ²Der Pflegedienst hat den Pflegebedürftigen vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung in der Regel schriftlich über die voraussichtlichen Kosten zu unterrichten. ³Bei der Vereinbarung des Pflegevertrages ist zu berücksichtigen, dass der Pflegebedürftige Leistungen von mehreren Leistungserbringern in Anspruch nimmt. ⁴Ebenso zu berücksichtigen ist die Bereitstellung der Informationen für eine Nutzung des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Absatz 4.

(4) ¹Der Anspruch des Pflegedienstes auf Vergütung seiner Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 ist unmittelbar gegen die zuständige Pflegekasse zu richten. ²Soweit die von dem Pflegebedürftigen abgerufenen Leistungen nach Satz 1 den von der Pflegekasse mit Bescheid festgelegten und von ihr zu zahlenden leistungsrechtlichen Höchstbetrag überschreiten, darf der Pflegedienst dem Pflegebedürftigen für die zusätzlich abgerufenen Leistungen keine höhere als die nach § 89 vereinbarte Vergütung berechnen.

Fußnoten

Elftes Kapitel (§§ 112 bis 120): Eingef. durch Art. 1 Nr. 23 G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002

§ 120 Abs. 1 Satz 1: IdF d. Art. 2 Nr. 45a Buchst. a G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

§ 120 Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 78 G v. 28.5.2008 I 874 mWv 1.7.2008

§ 120 Abs. 2 Satz 2: Früher Satz 2 u. 3 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 46 Buchst. a G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 30.10.2012

§ 120 Abs. 3: IdF d. Art. 1 Nr. 28b G v. 17.12.2014 I 2222 mWv 1.1.2015

§ 120 Abs. 3 Satz 3 u. 4: Eingef. durch Art. 10 Nr. 12 G v. 6.5.2019 I 646 mWv 11.5.2019

§ 120 Abs. 4 Satz 1: IdF d. Art. 2 Nr. 45a Buchst. b G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

Zwölftes Kapitel Bußgeldvorschrift

Fußnoten

Zwölftes Kapitel (§ 121): Früher Elftes Kapitel (§ 112) gem. Art. 1 Nr. 24 G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002

§ 121 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,
7. entgegen § 128 Absatz 1 Satz 4 die dort genannten Daten nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig übermittelt.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu Zweitausendfünfhundert Euro geahndet werden.

(3) Für die von privaten Versicherungsunternehmen begangenen Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 Nummer 2 und 7 ist das Bundesversicherungsamt die Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten.

(4) ¹Die für die Verfolgung und Ahndung der Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 Nummer 1 und 6 zuständige Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a oder Absatz 2 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten kann die zur Ermittlung des Sachverhalts erforderlichen Auskünfte, auch elektronisch und als elektronisches Dokument, bei den nach § 51 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 Meldepflichtigen einholen. ²Diese sollen bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken. ³Sie sollen insbesondere ihnen bekannte Tatsachen und Beweismittel angeben. ⁴Eine weitergehende Pflicht, bei der Ermittlung des Sachverhalts mitzuwirken, insbesondere eine Pflicht zum persönlichen Erscheinen oder zur Aussage, besteht nur, soweit sie durch Rechtsvorschrift besonders vorgesehen ist.

Fußnoten

§ 121: Früher § 112 gem. Art. 1 Nr. 25 G v. 9.9.2001 I 2320 mWv 1.1.2002, dieser idF d. Art. 4 Nr. 4 G v. 14.12.2001 I 3728 mWv 21.12.2001

§ 121 Abs. 1 Nr. 6: IdF d. Art. 1 Nr. 47 Buchst. a DBuchst. aa G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 1.1.2013

§ 121 Abs. 1 Nr. 7: Eingef. durch Art. 1 Nr. 47 Buchst. a DBuchst. bb G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 1.1.2013

§ 121 Abs. 2: IdF d. Art. 2 Nr. 10 G v. 23.10.2001 I 2702 mWv 1.1.2002

§ 121 (früher 112) Abs. 3: IdF d. Art. 1 Nr. 35 nach Maßgabe d. Art. 6 G v. 14.6.1996 I 830 mWv 1.1.1995 u. d. Art. 1 Nr. 47 Buchst. b G v. 23.10.2012 I 2246 mWv 1.1.2013

§ 121 Abs. 4: Eingef. durch Art. 1 Nr. 22a G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017

§ 122 (weggefallen)

Fußnoten

§§ 122 bis 124: Aufgeh. durch Art. 2 Nr. 46 G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

Dreizehntes Kapitel Befristete Modellvorhaben

Fußnoten

Dreizehntes Kapitel (§§ 123 bis 125): Eingef. durch Art. 1 Nr. 23 G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017

§ 123 Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, Verordnungsermächtigung

(1) ¹Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch können Modellvorhaben zur Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen für ihren Zuständigkeitsbereich bei der zuständigen obersten Landesbehörde beantragen, sofern dies nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften vorgesehen ist. ²Ist als überörtlicher Träger für die Hilfe zur Pflege durch landesrechtliche Vorschriften das Land bestimmt, können die örtlichen Träger der Sozialhilfe, die im Auftrag des Landes die Hilfe zur Pflege durchführen, Modellvorhaben nach Satz 1 beantragen. ³Sofern sich die Zuständigkeit des jeweiligen Trägers der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch auf mehrere Kreise erstreckt, soll sich das Modellvorhaben auf einen Kreis oder eine kreisfreie Stadt beschränken. ⁴Für Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, ist das Modellvorhaben auf jeweils einen Stadtbezirk zu beschränken. ⁵Die Modellvorhaben umfassen insbesondere die Übernahme folgender Aufgaben durch eigene Beratungsstellen:

1. die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c,
2. die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 und
3. Pflegekurse nach § 45.

⁶Die §§ 7a bis 7c, § 17 Absatz 1a, § 37 Absatz 3 Satz 1, 2, 3, 9, 10 erster Halbsatz und Absatz 4 sowie § 45 gelten entsprechend. ⁷In den Modellvorhaben ist eine Zusammenarbeit bei der Beratung nach Satz 5 Nummer 1 und 2 insbesondere mit der Beratung zu Leistungen der Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch und der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch sowie mit der Beratung zu Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, zur rechtlichen Betreuung, zu behindertengerechten Wohnangeboten, zum öffentlichen Nahverkehr und zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements sicherzustellen. ⁸Abweichend von Satz 5 Nummer 1 und Absatz 6 Satz 1 kann die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c durch die Pflegekassen erfolgen, soweit die Zusammenarbeit in der Beratung für den örtlichen Geltungsbereich des Modellvorhabens in einer ergänzenden Vereinbarung nach § 7a Absatz 7 Satz 4 in Verbindung mit einer Vereinbarung nach Absatz 5 gewährleistet ist. ⁹Die Landesregierungen werden ermächtigt, Schiedsstellen entsprechend § 7c Absatz 7 Satz 1 bis 5 einzurichten und eine Rechtsverordnung entsprechend § 7c Absatz 7 Satz 6 zu erlassen. ¹⁰Absatz 5 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend.

(2) ¹Dem Antrag nach Absatz 1 ist ein Konzept beizufügen, wie die Aufgaben durch die Beratungsstellen wahrgenommen werden und mit welchen eigenen sächlichen, personellen und finanziellen Mitteln die Beratungsstellen ausgestattet werden. ²Eine Zusammenarbeit mit den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, ist anzustreben und im Konzept nachzuweisen. ³Das Nähere, insbesondere zu den Anforderungen an die Beratungsstellen und an die Anträge nach Absatz 1 sowie zum Widerruf einer Genehmigung nach § 124 Absatz 2 Satz 1, ist bis zum 31. Dezember 2018 durch landesrechtliche Vorschriften zu regeln.

(3) ¹Die zuständige oberste Landesbehörde kann höchstens so viele Modellvorhaben genehmigen, wie ihr nach dem Königsteiner Schlüssel, der für das Jahr 2017 im Bundesanzeiger veröffentlicht ist, bei einer Gesamtzahl von insgesamt 60 Modellvorhaben zustehen. ²Der Antrag kann genehmigt werden, wenn die Anforderungen nach den Absätzen 1 und 2 in Verbindung mit den landesrechtlichen Vorgaben im Sinne des Absatzes 2 Satz 3 erfüllt sind. ³Den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene und den Landesverbänden der Pflegekassen ist zu jedem Antrag vor der Genehmigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ⁴Die Länder insgesamt sollen bei der Genehmigung sicherstellen, dass die Hälfte aller bewilligten Modellvorhaben durch Antragsteller nach Absatz 1 durchgeführt wird, die keine mehrjährigen Erfahrungen in strukturierter Zusammenarbeit in der Beratung aufweisen. ⁵Länder, die innerhalb der in Absatz 2 Satz 3 genannten Frist keine landesrechtlichen Regelungen getroffen haben oder die die ihnen zustehenden Modellvorhaben nicht nutzen wollen, treten die ihnen zustehenden Modellvorhaben an andere Länder ab. ⁶Die Verteilung der nicht in Anspruch genommenen Modellvorhaben auf die anderen Länder wird von den Ländern im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bestimmt.

(4) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt nach Anhörung der kommunalen Spitzenverbände sowie der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und ihrer Angehörigen sowie des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. ²Die Empfehlungen sind bis zum 30. Juni 2017 vorzulegen und bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. ³Das Bundesministerium für Gesundheit trifft seine Entscheidung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. ⁴Zur Begleitung der Modellvorhaben eines Landes kann die oberste Landesbehörde einen Beirat einrichten, der insbesondere aus den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene und den Landesverbänden der Pflegekassen besteht. ⁵Aufgaben des Beirates sind insbesondere, die oberste Landesbehörde bei der Klärung fachlicher und verfahrensbezogener Fragen zu beraten, sowie der Austausch der Mitglieder untereinander über die Unterstützung der Modellvorhaben in eigener Zuständigkeit.

(5) ¹Ist ein Antrag nach Absatz 3 Satz 2 genehmigt, trifft der Antragsteller mit den Landesverbänden der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich eine Vereinbarung

1. zur Zusammenarbeit,
2. zur Einbeziehung bestehender Beratungs- und Kursangebote,
3. zu Nachweis- und Berichtspflichten gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen,
4. zum Übergang der Beratungsaufgaben auf die Beratungsstellen nach Absatz 1 Satz 5,
5. zur Haftung für Schäden, die den Pflegekassen durch fehlerhafte Beratung entstehen, und
6. zur Beteiligung der Pflegekassen mit sächlichen, personellen und finanziellen Mitteln.

²Der Beitrag der Pflegekassen nach Satz 1 Nummer 6 darf den Aufwand nicht übersteigen, der entstehen würde, wenn sie die Aufgaben anstelle der Antragsteller nach Absatz 1 im selben Umfang selbst erbringen würden. ³Grundlage hierfür sind die bisherigen Ausgaben der Pflegekassen für die Aufgabenerfüllung nach Absatz 1 Satz 5. ⁴Die Landesregierungen werden ermächtigt, Schiedsstellen entsprechend § 7c Absatz 7 Satz 1 bis 5 einzurichten und eine Rechtsverordnung entsprechend § 7c Absatz 7 Satz 6 zu erlassen. ⁵Abweichend von Satz 4 können die Parteien der Vereinbarung nach Satz 1 einvernehmlich eine unparteiische Schiedsperson und zwei unparteiische Mitglieder bestellen, die den Inhalt der Vereinbarung nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen nach ihrer Bestellung festlegen. ⁶Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Parteien der Vereinbarung zu gleichen Teilen. ⁷Kommt eine Einigung der Landesverbände der Pflegekassen untereinander nicht zustande, erfolgt die Beschlussfassung durch die Mehrheit der in § 52 Absatz 1 Satz 1 genannten Stellen.

(6) ¹Mit dem Inkrafttreten der Vereinbarung nach Absatz 5 Satz 1 geht die Verantwortung für die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c und für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 von anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen mit Wohnort im Bereich der örtlichen Zuständigkeit der Beratungsstelle und von deren Angehörigen sowie für die Pflegekurse nach § 45 auf den Antragsteller nach Absatz 1 über. ²Die Antragsteller können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben Dritter bedienen. ³Die Erfüllung der Aufgaben durch Dritte ist im Konzept nach Absatz 2 darzulegen. ⁴Sofern sie sich für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 Dritter bedienen, ist die Leistungserbringung allen in § 37 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 8 genannten Einrichtungen zu ermöglichen.

(7) ¹Während der Durchführung des Modellvorhabens weist der Antragsteller gegenüber der obersten Landesbehörde und den am Vertrag beteiligten Landesverbänden der Pflegekassen die Höhe der eingebrachten sächlichen und personellen Mittel je Haushaltsjahr nach. ²Diese Mittel dürfen die durchschnittlich aufgewendeten Verwaltungsausgaben für die Hilfe zur Pflege und die Eingliederungshilfe bezogen auf den einzelnen Empfänger und für die Altenhilfe bezogen auf alte Menschen im Haushaltsjahr vor Beginn des Modellvorhabens nicht unterschreiten; Ausnahmen hiervon sind bei den sächlichen Mitteln möglich, soweit sich die Abweichung nachweislich aus Einsparungen aufgrund der Zusammenlegung von Beratungsaufgaben ergibt. ³Die Mittel sind auf der Grundlage der Haushaltsaufstellung im Konzept nach Absatz 2 Satz 1 nachzuweisen.

Fußnoten

§§ 123 u. 124: IdF d. Art. 1 Nr. 24 G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 123 Abs. 1 Satz 6: IdF d. Art. 11 Nr. 20e G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

§ 123 Abs. 1 Satz 8 bis 10: Eingef. durch Art. 9 Nr. 4 Buchst. a G v. 18.7.2017 | 2757 mWv 29.7.2017

§ 123 Abs. 5 Satz 4: IdF d. Art. 9 Nr. 4 Buchst. b G v. 18.7.2017 | 2757 mWv 29.7.2017

§ 123 Abs. 7 Satz 2: IdF d. Art. 9 Nr. 4 Buchst. c G v. 18.7.2017 | 2757 mWv 29.7.2017

§ 124 Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat

(1) ¹Anträge zur Durchführung von Modellvorhaben können bis zum 31. Dezember 2019 gestellt werden. ²Modellvorhaben nach diesem Kapitel sind auf fünf Jahre zu befristen.

(2) ¹Die Genehmigung zur Durchführung eines Modellvorhabens ist zu widerrufen, wenn die in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Aufgaben nicht in vollem Umfang erfüllt werden. ²Die Genehmigung ist auch dann zu widerrufen, wenn die nach § 123 Absatz 5 Satz 1 vereinbarten oder die in § 123 Absatz 5 Satz 2 oder Absatz 7 festgelegten Anforderungen überwiegend nicht erfüllt werden. ³Eine Klage gegen den Widerruf hat keine aufschiebende Wirkung. ⁴Die zuständige oberste Landesbehörde überprüft die Erfüllung der Aufgaben nach § 123 Absatz 1 anhand der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung nach Absatz 3 zum Abschluss des jeweiligen Haushaltsjahres. ⁵Sie überprüft die Erfüllung der Anforderungen nach § 123 Absatz 7 anhand der jeweiligen Haushaltspläne.

(3) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die für die Modellvorhaben nach § 123 Absatz 1 Satz 1 zuständigen obersten Landesbehörden veranlassen gemeinsam im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit den kommunalen Spitzenverbänden eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung aller Modellvorhaben durch unabhängige Sachverständige. ²Die Auswertung erfolgt nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Beratung im Vergleich zur Beratung vor Beginn des jeweiligen Modellvorhabens und außerhalb der Modellvorhaben. ³Die Auswertung schließt einen Vergleich mit den Beratungsangeboten der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung jeweils außerhalb der Modellvorhaben ein. ⁴Die unabhängigen Sachverständigen haben einen Zwischenbericht und einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Auswertungen zu erstellen. ⁵Der Zwischenbericht ist spätestens am 31. Dezember 2023 und der Abschlussbericht spätestens am 31. Juli 2026 zu veröffentlichen. ⁶Die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und der Auswertung der Modellvorhaben tragen je zur Hälfte die für diese Modellvorhaben zuständigen obersten Landesbehörden gemeinsam und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dessen Beitrag aus Mitteln des Ausgleichsfonds nach § 65 zu finanzieren ist.

(4) ¹Die nach Landesrecht zuständigen Stellen begleiten die Modellvorhaben über die gesamte Laufzeit und sorgen für einen bundesweiten Austausch der Modellvorhaben untereinander unter Beteiligung der für die Begleitung und Auswertung nach Absatz 3 zuständigen unabhängigen Sachverständigen sowie des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der kommunalen Spitzenverbände. ²Bei der Organisation und Durchführung des Austausches können sich die nach Landesrecht zuständigen Stellen von den unabhängigen Sachverständigen unterstützen lassen, die die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung nach Absatz 3 durchführen.

(5) ¹Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat zur Begleitung der Modellvorhaben im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit ein. ²Der Beirat tagt mindestens zweimal jährlich und berät den Sachstand der Modellvorhaben. ³Ihm gehören Vertreterinnen und Vertreter der kommunalen Spitzenverbände, der Länder, der Pflegekassen, der Wissenschaft, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend an.

Fußnoten

§§ 123 u. 124: IdF d. Art. 1 Nr. 24 G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 124 Abs. 2: IdF d. Art. 9 Nr. 5 G v. 18.7.2017 | 2757 mWv 29.7.2017

§ 125 (weggefallen)

Fußnoten

§ 125: Aufgeh. durch Art. 10 Nr. 13 G v. 6.5.2019 | 646 mWv 11.5.2019

Vierzehntes Kapitel Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge

Fußnoten

Vierzehntes Kapitel (früher Dreizehntes Kapitel) (§§ 126 bis 130): Eingef. durch Art. 1 Nr. 49 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 1.1.2013; jetzt Vierzehntes Kapitel gem. Art. 1 Nr. 27 G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 126 Zulageberechtigte

¹Personen, die nach dem Dritten Kapitel in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind (zulageberechtigte Personen), haben bei Vorliegen einer auf ihren Namen lautenden privaten Pflege-Zusatzversicherung unter den in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage. ²Davon ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege-Zusatzversicherung bereits als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben.

Fußnoten

Dreizehntes Kapitel (§§ 126 bis 130): Eingef. durch Art. 1 Nr. 49 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 1.1.2013
§ 126 Satz 2: IdF d. Art. 2 Nr. 48 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 127 Pflegevorsorgezulage; Fördervoraussetzungen

(1) ¹Leistet die zulageberechtigte Person mindestens einen Beitrag von monatlich 10 Euro im jeweiligen Beitragsjahr zugunsten einer auf ihren Namen lautenden, gemäß Absatz 2 förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung, hat sie Anspruch auf eine Zulage in Höhe von monatlich 5 Euro. ²Die Zulage wird bei dem Mindestbeitrag nach Satz 1 nicht berücksichtigt. ³Die Zulage wird je zulageberechtigter Person für jeden Monat nur für einen Versicherungsvertrag gewährt. ⁴Der Mindestbeitrag und die Zulage sind für den förderfähigen Tarif zu verwenden.

(2) ¹Eine nach diesem Kapitel förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung liegt vor, wenn das Versicherungsunternehmen hierfür

1. die Kalkulation nach Art der Lebensversicherung gemäß § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorsieht,
2. allen in § 126 genannten Personen einen Anspruch auf Versicherung gewährt,
3. auf das ordentliche Kündigungsrecht sowie auf eine Risikoprüfung und die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen verzichtet,
4. bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 einen vertraglichen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen für jeden der in § 15 Absatz 3 und 7 aufgeführten Pflegegrade, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für Pflegegrad 5, vorsieht; die tariflich vorgesehenen Geldleistungen dürfen dabei die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses jeweils geltende Höhe der Leistungen dieses Buches nicht überschreiten, eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist jedoch zulässig; weitere Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht vorsehen,
5. bei der Feststellung des Versicherungsfalles sowie der Festsetzung des Pflegegrades dem Ergebnis des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 folgt; bei Versicherten der priva-

ten Pflege-Pflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des privaten Versicherungsunternehmens zugrunde zu legen,

6. die Wartezeit auf höchstens fünf Jahre beschränkt,
7. einem Versicherungsnehmer, der hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches ist oder allein durch Zahlung des Beitrags hilfebedürftig würde, einen Anspruch gewährt, den Vertrag ohne Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für eine Dauer von mindestens drei Jahren ruhen zu lassen oder den Vertrag binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts zu kündigen; für den Fall der Ruhendstellung beginnt diese Frist mit dem Ende der Ruhendstellung, wenn Hilfebedürftigkeit weiterhin vorliegt,
8. die Höhe der in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten begrenzt; das Nähere dazu wird in der Rechtsverordnung nach § 130 geregelt.

²Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. wird damit beliehen, hierfür brancheneinheitliche Vertragsmuster festzulegen, die von den Versicherungsunternehmen als Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen förderfähiger Pflege-Zusatzversicherungen zu verwenden sind. ³Die Beleihung nach Satz 2 umfasst die Befugnis, für Versicherungsunternehmen, die förderfähige private Pflege-Zusatzversicherungen anbieten, einen Ausgleich für Überschäden einzurichten; § 111 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 gilt entsprechend. ⁴Die Fachaufsicht über den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zu den in den Sätzen 2 und 3 genannten Aufgaben übt das Bundesministerium für Gesundheit aus.

(3) Der Anspruch auf die Zulage entsteht mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung gemäß § 127 Absatz 1 geleistet worden sind (Beitragsjahr).

Fußnoten

Dreizehntes Kapitel (§§ 126 bis 130): Eingef. durch Art. 1 Nr. 49 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 1.1.2013
§ 127 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1: IdF d. Art. 2 Abs. 24 Nr. 2 G v. 1.4.2015 | 434 mWv 1.1.2016
§ 127 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4: IdF d. Art. 2 Nr. 49 Buchst. a G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017
§ 127 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5: IdF d. Art. 2 Nr. 49 Buchst. b G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

§ 128 Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens

(1) ¹Die Zulage gemäß § 127 Absatz 1 wird auf Antrag gewährt. ²Die zulageberechtigte Person bevollmächtigt das Versicherungsunternehmen mit dem Abschluss des Vertrags über eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung, die Zulage für jedes Beitragsjahr zu beantragen. ³Sofern eine Zulagenummer oder eine Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches für die zulageberechtigte Person noch nicht vergeben ist, bevollmächtigt sie zugleich ihr Versicherungsunternehmen, eine Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. ⁴Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, der zentralen Stelle nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage zugleich mit dem Antrag in dem Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. März des Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr folgt, Folgendes zu übermitteln:

1. die Antragsdaten,
2. die Höhe der für die zulagefähige private Pflege-Zusatzversicherung geleisteten Beiträge,
3. die Vertragsdaten,
4. die Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches, die Zulagenummer der zulageberechtigten Person oder einen Antrag auf Vergabe einer Zulagenummer,
5. weitere zur Auszahlung der Zulage erforderliche Angaben,
6. die Bestätigung, dass der Antragsteller eine zulageberechtigte Person im Sinne des § 126 ist, sowie
7. die Bestätigung, dass der jeweilige Versicherungsvertrag die Voraussetzungen des § 127 Absatz 2 erfüllt.

⁵Die zulageberechtigte Person ist verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen unverzüglich eine Änderung der Verhältnisse mitzuteilen, die zu einem Wegfall des Zulageanspruchs führt. ⁶Hat für das Bei-

tragsjahr, für das das Versicherungsunternehmen bereits eine Zulage beantragt hat, kein Zulageanspruch bestanden, hat das Versicherungsunternehmen diesen Antragsdatensatz zu stornieren.

(2) ¹Die Auszahlung der Zulage erfolgt durch eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund; das Nähere, insbesondere die Höhe der Verwaltungskostenerstattung, wird durch Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Bund geregelt. ²Die Zulage wird bei Vorliegen der Voraussetzungen an das Versicherungsunternehmen gezahlt, bei dem der Vertrag über die private Pflege-Zusatzversicherung besteht, für den die Zulage beantragt wurde. ³Wird für eine zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag beantragt, so wird die Zulage für den jeweiligen Monat nur für den Vertrag gewährt, für den der Antrag zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist. ⁴Soweit der zuständige Träger der Rentenversicherung keine Versicherungsnummer vergeben hat, vergibt die zentrale Stelle zur Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben eine Zulagenummer. ⁵Im Fall eines Antrags nach Absatz 1 Satz 3 teilt die zentrale Stelle dem Versicherungsunternehmen die Zulagenummer mit; von dort wird sie an den Antragsteller weitergeleitet. ⁶Die zentrale Stelle stellt aufgrund der ihr vorliegenden Informationen fest, ob ein Anspruch auf Zulage besteht, und veranlasst die Auszahlung an das Versicherungsunternehmen zugunsten der zulageberechtigten Person. ⁷Ein gesonderter Zulagebescheid ergeht vorbehaltlich des Satzes 9 nicht. ⁸Das Versicherungsunternehmen hat die erhaltenen Zulagen unverzüglich dem begünstigten Vertrag gutzuschreiben. ⁹Eine Festsetzung der Zulage erfolgt nur auf besonderen Antrag der zulageberechtigten Person. ¹⁰Der Antrag ist schriftlich innerhalb eines Jahres nach Übersendung der Information nach Absatz 3 durch das Versicherungsunternehmen vom Antragsteller an das Versicherungsunternehmen zu richten. ¹¹Das Versicherungsunternehmen leitet den Antrag der zentralen Stelle zur Festsetzung zu. ¹²Es hat dem Antrag eine Stellungnahme und die zur Festsetzung erforderlichen Unterlagen beizufügen. ¹³Die zentrale Stelle teilt die Festsetzung auch dem Versicherungsunternehmen mit. ¹⁴Erkennt die zentrale Stelle nachträglich, dass der Zulageanspruch nicht bestanden hat oder weggefallen ist, so hat sie zu Unrecht gutgeschriebene oder ausgezahlte Zulagen zurückzufordern und dies dem Versicherungsunternehmen durch Datensatz mitzuteilen.

(3) ¹Kommt die zentrale Stelle zu dem Ergebnis, dass kein Anspruch auf Zulage besteht oder bestanden hat, teilt sie dies dem Versicherungsunternehmen mit. ²Dieses hat die versicherte Person innerhalb eines Monats nach Eingang des entsprechenden Datensatzes darüber zu informieren.

(4) Das Versicherungsunternehmen haftet im Fall der Auszahlung einer Zulage gegenüber dem Zulageempfänger dafür, dass die in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(5) ¹Die von der zentralen Stelle veranlassten Auszahlungen von Pflegevorsorgezulagen sowie die entstehenden Verwaltungskosten werden vom Bundesministerium für Gesundheit getragen. ²Zu den Verwaltungskosten gehören auch die entsprechenden Kosten für den Aufbau der technischen und organisatorischen Infrastruktur. ³Die gesamten Verwaltungskosten werden nach Ablauf eines jeden Beitragsjahres erstattet; dabei sind die Personal- und Sachkostensätze des Bundes entsprechend anzuwenden. ⁴Ab dem Jahr 2014 werden monatliche Abschläge gezahlt. ⁵Soweit das Bundesversicherungsamt die Aufsicht über die zentrale Stelle ausübt, untersteht es abweichend von § 94 Absatz 2 Satz 2 des Vierten Buches dem Bundesministerium für Gesundheit.

Fußnoten

Dreizehntes Kapitel (§§ 126 bis 130): Eingef. durch Art. 1 Nr. 49 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 1.1.2013

§ 129 Wartezeit bei förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen

Soweit im Vertrag über eine gemäß § 127 Absatz 2 förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung eine Wartezeit vereinbart wird, darf diese abweichend von § 197 Absatz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes fünf Jahre nicht überschreiten.

Fußnoten

Dreizehntes Kapitel (§§ 126 bis 130): Eingef. durch Art. 1 Nr. 49 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 1.1.2013

§ 130 Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen, die Näheres regeln über

1. die zentrale Stelle gemäß § 128 Absatz 2 und ihre Aufgaben,
2. das Verfahren für die Ermittlung, Festsetzung, Auszahlung, Rückzahlung und Rückforderung der Zulage,
3. den Datenaustausch zwischen Versicherungsunternehmen und zentraler Stelle nach § 128 Absatz 1 und 2,
4. die Begrenzung der Höhe der bei förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten.

Fußnoten

Dreizehntes Kapitel (§§ 126 bis 130): Eingef. durch Art. 1 Nr. 49 G v. 23.10.2012 | 2246 mWv 1.1.2013

Fünfzehntes Kapitel Bildung eines Pflegevorsorgefonds

Fußnoten

Fünfzehntes Kapitel (früher Vierzehntes Kapitel) (§§ 131 bis 139): Eingef. durch Art. 1 Nr. 30 G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015; jetzt Fünfzehntes Kapitel gem. Art. 1 Nr. 27 G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 131 Pflegevorsorgefonds

In der sozialen Pflegeversicherung wird ein Sondervermögen unter dem Namen „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ errichtet.

Fußnoten

Vierzehntes Kapitel (§§ 131 bis 139): Eingef. durch Art. 1 Nr. 30 G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 132 Zweck des Vorsorgefonds

¹Das Sondervermögen dient der langfristigen Stabilisierung der Beitragsentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung. ²Es darf nach Maßgabe des § 136 nur zur Finanzierung der Leistungsaufwendungen der sozialen Pflegeversicherung verwendet werden.

Fußnoten

Vierzehntes Kapitel (§§ 131 bis 139): Eingef. durch Art. 1 Nr. 30 G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 133 Rechtsform und Vertretung in gerichtlichen Verfahren

¹Das Sondervermögen ist nicht rechtsfähig. ²Es kann unter seinem Namen im rechtsgeschäftlichen Verkehr handeln, klagen und verklagt werden. ³Die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren erfolgt ab dem 1. Januar 2020 durch das Bundesversicherungsamt. ⁴Die Entscheidung über die Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens trifft das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem in dem in § 134 Absatz 2 Satz 3 genannten Anlageausschuss vertretenen Bundesministerium für Gesundheit. ⁵Dem Bundesversicherungsamt bezüglich der Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren entstehende Kosten werden aus Mitteln des Pflegevorsorgefonds getragen. ⁶Der allgemeine Gerichtsstand des Sondervermögens ist Bonn. ⁷Die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren einschließlich der Entscheidung über die Einleitung gerichtlicher Verfahren erfolgt bis

zum Ablauf des 31. Dezember 2019 durch das Bundesministerium für Gesundheit.⁸Für bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 anhängig gewordene gerichtliche Verfahren verbleibt die Vertretung bis zum Abschluss der Verfahren beim Bundesministerium für Gesundheit.

Fußnoten

Vierzehntes Kapitel (§§ 131 bis 139): Eingef. durch Art. 1 Nr. 30 G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015
§ 133: IdF d. Art. 11 Nr. 21 G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 15.12.2018

§ 134 Verwaltung und Anlage der Mittel

(1)¹Die Verwaltung und die Anlage der Mittel des Sondervermögens werden der Deutschen Bundesbank übertragen.²Für die Verwaltung des Sondervermögens und seiner Mittel werden der Bundesbank entsprechend § 20 Satz 2 des Gesetzes über die Deutsche Bundesbank keine Kosten erstattet.

(2)¹Die dem Sondervermögen zufließenden Mittel einschließlich der Erträge sind unter sinngemäßer Anwendung der Anlagerichtlinien für die Sondervermögen „Versorgungsrücklage des Bundes“, „Versorgungsfonds des Bundes“, „Versorgungsfonds der Bundesagentur für Arbeit“ und „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ (Anlagerichtlinien Sondervermögen) zu marktüblichen Bedingungen anzulegen.²Dabei ist der in Aktien oder Aktienfonds angelegte Anteil des Sondervermögens ab dem Jahr 2035 über einen Zeitraum von höchstens zehn Jahren abzubauen.³Das Bundesministerium für Gesundheit ist im Anlageausschuss nach § 5 der Anlagerichtlinien für die Sondervermögen „Versorgungsrücklage des Bundes“, „Versorgungsfonds des Bundes“, „Versorgungsfonds der Bundesagentur für Arbeit“ und „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ (Anlagerichtlinien Sondervermögen) vertreten.

Fußnoten

Vierzehntes Kapitel (§§ 131 bis 139): Eingef. durch Art. 1 Nr. 30 G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015
§ 134 Abs. 2 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 24a Buchst. a G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017
§ 134 Abs. 2 Satz 3: IdF d. Art. 1 Nr. 24a Buchst. b G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 135 Zuführung der Mittel

(1)¹Das Bundesversicherungsamt führt dem Sondervermögen monatlich zum 20. des Monats zu Lasten des Ausgleichsfonds einen Betrag zu, der einem Zwölftel von 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres entspricht.²Für die Berechnung des Abführungs Betrags wird der Beitragsatz gemäß § 55 Absatz 1 zugrunde gelegt.

(2) Die Zuführung nach Absatz 1 erfolgt erstmals zum 20. Februar 2015 und endet mit der Zahlung für Dezember 2033.

Fußnoten

Vierzehntes Kapitel (§§ 131 bis 139): Eingef. durch Art. 1 Nr. 30 G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015
§ 135 Abs. 1 Satz 2: Eingef. durch Art. 1 Nr. 41 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2016

§ 136 Verwendung des Sondervermögens

¹Ab dem Jahr 2035 kann das Sondervermögen zur Sicherung der Beitragssatzstabilität der sozialen Pflegeversicherung verwendet werden, wenn ohne eine Zuführung von Mitteln an den Ausgleichsfonds eine Beitragssatzanhebung erforderlich würde, die nicht auf über eine allgemeine Dynamisierung der Leistungen hinausgehenden Leistungsverbesserungen beruht.²Die Obergrenze der jährlich auf Anforderung des Bundesversicherungsamtes an den Ausgleichsfonds abführbaren Mittel ist der 20. Teil des Realwertes des zum 31. Dezember 2034 vorhandenen Mittelbestandes des Sondervermögens.³Erfolgt in einem Jahr kein Abruf, so können die für dieses Jahr vorgesehenen Mittel in den Folgejahren mit abgerufen werden, wenn ohne eine entsprechende Zuführung von Mitteln an den Ausgleichsfonds eine Beitragssatzanhebung erforderlich würde, die nicht auf über eine allgemeine Dynamisierung der Leistungen hinausgehenden Leistungsverbesserungen beruht.

Fußnoten

Vierzehntes Kapitel (§§ 131 bis 139): Eingef. durch Art. 1 Nr. 30 G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 137 Vermögenstrennung

Das Vermögen ist von dem übrigen Vermögen der sozialen Pflegeversicherung sowie von seinen Rechten und Verbindlichkeiten getrennt zu halten.

Fußnoten

Vierzehntes Kapitel (§§ 131 bis 139): Eingef. durch Art. 1 Nr. 30 G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 138 Jahresrechnung

¹Die Deutsche Bundesbank legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich einen Bericht über die Verwaltung der Mittel des Sondervermögens vor. ²Darin sind der Bestand des Sondervermögens einschließlich der Forderungen und Verbindlichkeiten sowie die Einnahmen und Ausgaben auszuweisen.

Fußnoten

Vierzehntes Kapitel (§§ 131 bis 139): Eingef. durch Art. 1 Nr. 30 G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

§ 139 Auflösung

Das Sondervermögen gilt nach Auszahlung seines Vermögens als aufgelöst.

Fußnoten

Vierzehntes Kapitel (§§ 131 bis 139): Eingef. durch Art. 1 Nr. 30 G v. 17.12.2014 | 2222 mWv 1.1.2015

Sechzehntes Kapitel Überleitungs- und Übergangsrecht

Fußnoten

Sechzehntes Kapitel (früher Fünfzehntes Kapitel) (§§ 140 bis 144): Eingef. durch Art. 2 Nr. 50 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017; jetzt Sechzehntes Kapitel gem. Art. 1 Nr. 27 G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

Erster Abschnitt Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung sowie Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Fußnoten

Sechzehntes Kapitel (früher Fünfzehntes Kapitel) (§§ 140 bis 144): Eingef. durch Art. 2 Nr. 50 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017; jetzt Erster Abschnitt des Sechzehntes Kapitel gem. Art. 1 Nr. 27 G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 140 Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade

(1) ¹Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfolgt jeweils auf der Grundlage des zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts. ²Der Erwerb einer Anspruchsbeziehung auf Leistungen der Pflegeversicherung richtet sich ebenfalls nach dem zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Recht.

(2) ¹Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung,

1. bei denen das Vorliegen einer Pflegestufe im Sinne der §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt worden ist und

2. bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung der Pflegeversicherung vorliegen,

werden mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung nach Maßgabe von Satz 3 einem Pflegegrad zugeordnet. ²Die Zuordnung ist dem Versicherten schriftlich mitzuteilen. ³Für die Zuordnung gelten die folgenden Kriterien:

1. Versicherte, bei denen eine Pflegestufe nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, aber nicht zusätzlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, werden übergeleitet

a) von Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,

b) von Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,

c) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 4 oder

d) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 5, soweit die Voraussetzungen für Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurden;

2. Versicherte, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, werden übergeleitet

a) bei nicht gleichzeitigem Vorliegen einer Pflegestufe nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 2,

b) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe I nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 3,

c) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe II nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 4,

d) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe III nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, auch soweit zusätzlich die Voraussetzungen für Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurden, in den Pflegegrad 5.

(3) ¹Die Zuordnung zu dem Pflegegrad, in den der Versicherte gemäß Absatz 2 übergeleitet worden ist, bleibt auch bei einer Begutachtung nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht erhalten, es sei denn, die Begutachtung führt zu einer Anhebung des Pflegegrades oder zu der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr vorliegt. ²Satz 1 gilt auch bei einem Erlöschen der Mitgliedschaft im Sinne von § 35 ab dem 1. Januar 2017, wenn die neue Mitgliedschaft unmittelbar im Anschluss begründet wird. ³Die Pflegekasse, bei der die Mitgliedschaft beendet wird, ist verpflichtet, der Pflegekasse, bei der die neue Mitgliedschaft begründet wird, die bisherige Einstufung des Versicherten rechtzeitig schriftlich mitzuteilen. ⁴Entsprechendes gilt bei einem Wechsel zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und einem Wechsel von sozialer zu privater sowie von privater zu sozialer Pflegeversicherung.

(4) ¹Stellt ein Versicherter, bei dem das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, ab dem 1. Januar 2017 einen erneuten Antrag auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit und lagen die tatsächlichen Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits vor dem 1. Januar 2017 vor, richten sich die ab dem Zeitpunkt der Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu erbringenden Leistungen im Zeitraum vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2016 nach dem ab 1. Januar 2017 geltenden Recht. ²Entsprechendes gilt für Versicherte bei einem privaten Pflegeversicherungsunternehmen.

§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

(1) ¹Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 38a, 40 Absatz 2, den §§ 41, 44a, 45b, 123 und 124 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. ²Hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 45b in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung richtet sich die Gewährung von Besitzstandsschutz abweichend von Satz 1 nach Absatz 2. ³Für Versicherte, die am 31. Dezember 2016 Leistungen nach § 43 bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach Absatz 3. ⁴Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt.

(2) ¹Versicherte,

1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b Absatz 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung haben und
2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den §§ 36, 37 und 41 unter Berücksichtigung des § 140 Absatz 2 und 3 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den §§ 36, 37 und 41 unter Berücksichtigung des § 123 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung am 31. Dezember 2016 zustanden,

haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 45b in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung. ²Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung festgelegt ist. ³Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag ist den Versicherten schriftlich mitzuteilen und zu erläutern. ⁴Für den Zuschlag auf den Entlastungsbetrag gilt § 45b Absatz 3 entsprechend. ⁵Bei Versicherten, die keinen Anspruch auf einen Zuschlag haben und deren Ansprüche nach § 45b zum 1. Januar 2017 von 208 Euro auf 125 Euro monatlich abgesenkt werden, sind zur Sicherstellung des Besitzstandsschutzes monatlich Leistungen der Pflegeversicherung in Höhe von bis zu 83 Euro nicht auf Fürsorgeleistungen zur Pflege anzurechnen.

(3) ¹Ist bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Vormonat, so ist zum Leistungsbetrag nach § 43 von Amts wegen ein monatlicher Zuschlag in Höhe der Differenz von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung zu zahlen. ²In der Vergleichsberechnung nach Satz 1 sind für beide Monate jeweils die vollen Pflegesätze und Leistungsbeträge zugrunde zu legen. ³Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn der Leistungsbetrag nach § 43 Absatz 2 Satz 2 die in § 43 Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigt und zur Finanzierung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eingesetzt worden ist. ⁴Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, ist der Zuschlag entsprechend zu kürzen. ⁵Die Pflegekassen teilen die Höhe des monatlichen Zuschlages nach Satz 1 sowie jede Änderung der Zuschlagshöhe den Pflegebedürftigen schriftlich mit. ⁶Die Sätze 1 bis 5 gelten entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

(3a) ¹Für Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 1 und 2 in Anspruch nehmen, gilt der am 31. Dezember 2016 gezahlte Pflegesatz für die Dauer der Kurzzeitpflege fort. ²Nehmen Pflegebedürftige am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 und nach dem Ende der Kurzzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts auch Sachleistungen der vollstationären Pflege nach § 43 in derselben Einrichtung in Anspruch, so ermittelt sich der von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung nach Absatz 3 Satz 1 von Amts wegen ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege nach § 43 zu zahlende monatliche Zuschlag aus der Diffe-

renz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 und dem individuellen Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen im Monat Dezember 2016 in der Einrichtung zu tragen gehabt hätten. ³Absatz 3 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.

(3b) ¹Wechseln Pflegebedürftige im Sinne der Absätze 3 und 3a zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2021 die vollstationäre Pflegeeinrichtung, so ermittelt sich der von der Pflegekasse an die neue Pflegeeinrichtung nach Absatz 3 Satz 1 von Amts wegen ab dem Zeitpunkt des Wechsels zu zahlende monatliche Zuschlag aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3, den die Pflegebedürftigen im Monat Januar 2017 in der neuen Einrichtung zu tragen haben oder zu tragen gehabt hätten, und dem individuellen Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen im Monat Dezember 2016 in der neuen Einrichtung zu tragen gehabt hätten. ²Bei einem Wechsel in eine neu zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung, die erstmalig ab 1. Januar 2017 oder später eine Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen hat, behalten Pflegebedürftige mit ihrem Wechsel ihren nach Absatz 3 ermittelten monatlichen Zuschlagsbetrag. ³Absatz 3 Satz 2 bis 6 gilt entsprechend.

(3c) ¹Erhöht sich der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 für Pflegebedürftige im Sinne der Absätze 3, 3a und 3b im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017, findet Absatz 3 entsprechende Anwendung, sofern sich die Erhöhung aus der erstmaligen Vereinbarung der neuen Pflegesätze im Rahmen der Überleitung, Einführung und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergibt. ²Dies gilt auch für Pflegebedürftige, die im Dezember 2016 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt wurden, und die durch die Erhöhung erstmals einen höheren einrichtungseinheitlichen Eigenanteil zu tragen hätten im Vergleich zum jeweiligen individuellen Eigenanteil im Dezember 2016. ³Der Vergleichsberechnung ist neben dem Monat Dezember 2016 der Monat im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017 zugrunde zu legen, in dem der einrichtungseinheitliche Eigenanteil erstmalig höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Monat Dezember 2016 ist oder in den Fällen des Absatzes 3a gewesen wäre.

(4) ¹Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 44 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pfl egetätigkeit fort. ²Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 und 3 des Sechsten Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben.

(4a) ¹In den Fällen des § 140 Absatz 4 richten sich die Versicherungspflicht als Pflegeperson in der Rentenversicherung und die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen für Zeiten vor dem 1. Januar 2017 nach den §§ 3 und 166 des Sechsten Buches in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. ²Die dabei anzusetzende Pflegestufe erhöht sich entsprechend dem Anstieg des Pflegegrades gegenüber dem durch die Überleitung erreichten Pflegegrad.

(5) ¹Absatz 4 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass

1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt oder
2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 19 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung ist.

²Absatz 4 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 des Sechsten Buches eintritt.

(6) Für Pflegepersonen im Sinne des § 44 Absatz 2 gelten die Absätze 4, 4a und 5 entsprechend.

(7) ¹Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherungspflichtig waren, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pfl egetätigkeit fort. ²Satz 1 gilt, soweit und solange sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden

Recht keine günstigeren Ansprüche ergeben.³Satz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt.

(8)¹Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß § 91 Absatz 2 in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrages, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag.²Dies gilt entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

Fußnoten

Fünftehntes Kapitel (§§ 140 bis 144): Eingef. durch Art. 2 Nr. 50 G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017
§ 141 Abs. 2 Satz 4 u. 5: Eingef. durch Art. 1 Nr. 25 Buchst. a G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017
§ 141 Abs. 3 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 25 Buchst. b DBuchst. aa G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017
§ 141 Abs. 3 Satz 3: Eingef. durch Art. 1 Nr. 25 Buchst. b DBuchst. bb G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017
§ 141 Abs. 3 Satz 4: Früher Satz 3 gem. Art. 1 Nr. 25 Buchst. b DBuchst. bb G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017
§ 141 Abs. 3 Satz 5: Eingef. durch Art. 1 Nr. 25 Buchst. b DBuchst. cc G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017
§ 141 Abs. 3 Satz 6: Früher Satz 4 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 25 Buchst. b DBuchst. bb, cc u. dd G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017
§ 141 Abs. 3a bis 3c: Eingef. durch Art. 1 Nr. 25 Buchst. c G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017
§ 141 Abs. 8: Eingef. durch Art. 1 Nr. 25 Buchst. d G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017

§ 142 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

(1)¹Bei Versicherten, die nach § 140 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden bis zum 1. Januar 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Absatz 2 Satz 5 durchgeführt; auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder anderen unabhängigen Gutachtern empfohlen wurde.²Abweichend von Satz 1 können Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden, wenn eine Verbesserung der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen, zu erwarten ist.

(2)¹Die Frist nach § 18 Absatz 3 Satz 2 ist vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 unbeachtlich.²Abweichend davon ist denjenigen, die ab dem 1. Januar 2017 einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen und bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen.³Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.⁴Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen berichten in der nach § 18 Absatz 3b Satz 4 zu veröffentlichenden Statistik auch über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.

(3) Abweichend von § 18 Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 ist die Pflegekasse vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 nur bei Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs gemäß Absatz 2 dazu verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

Fußnoten

Fünftehntes Kapitel (§§ 140 bis 144): Eingef. durch Art. 2 Nr. 50 G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

§ 143 Sonderanpassungsrecht für die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die technischen Berechnungsgrundlagen privater Pflegeversicherungsverträge

(1) Bei einer Pflegeversicherung, bei der die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet wird und bei der das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen ist, kann der Versicherer seine Allgemeinen Versicherungsbedingungen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse entsprechend den Vorgaben nach § 140 ändern, soweit der Versicherungsfall durch den Pflegebedürftigkeitsbegriff nach den §§ 14 und 15 bestimmt wird.

(2) ¹Der Versicherer ist zudem berechtigt, auch für bestehende Versicherungsverhältnisse die technischen Berechnungsgrundlagen insoweit zu ändern, als die Leistungen an die Pflegegrade nach § 140 Absatz 2 und die Prämien daran angepasst werden. ²§ 12b Absatz 1 und 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes findet Anwendung.

(3) ¹Dem Versicherungsnehmer sind die geänderten Versicherungsbedingungen nach Absatz 1 und die Neufestsetzung der Prämie nach Absatz 2 unter Kenntlichmachung der Unterschiede sowie unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitzuteilen. ²Anpassungen nach den Absätzen 1 und 2 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

(4) Gesetzlich oder vertraglich vorgesehene Sonderkündigungsrechte des Versicherungsnehmers bleiben hiervon unberührt.

Fußnoten

Fünfzehntes Kapitel (§§ 140 bis 144): Eingef. durch Art. 2 Nr. 50 G v. 21.12.2015 I 2424 mWv 1.1.2017

Zweiter Abschnitt Sonstige Überleitungs-, Übergangs- und Besitzstandsschutzregelungen

Fußnoten

Sechzehntes Kapitel (früher Fünfzehntes Kapitel) (§§ 140 bis 144): Jetzt Zweiter Abschnitt des Sechzehnten Kapitel gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 27 u. 28 G v. 23.12.2016 I 3191 mWv 1.1.2017

§ 144 Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung

(1) Für Personen, die am 31. Dezember 2014 einen Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag nach § 38a in der am 31. Dezember 2014 geltenden Fassung haben, wird diese Leistung weiter erbracht, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat.

(2) ¹Am 31. Dezember 2016 nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote und niedrigschwellige Entlastungsangebote im Sinne der §§ 45b und 45c in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung gelten auch ohne neues Anerkennungsverfahren als nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung. ²Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung hiervon abweichende Regelungen zu treffen.

(3) ¹Soweit Versicherte im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 oder Absatz 1a in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfüllt haben und ab dem 1. Januar 2017 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung erfüllen, können sie Leistungsbeträge nach § 45b, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 nicht zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt haben, bis zum 31. Dezember 2018 zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung einsetzen. ²Die in Satz 1 genannten Mittel können ebenfalls zur nachträglichen Kostenerstattung für Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt werden, die von den Anspruchsberechtigten in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 bezogen worden sind. ³Die Kostenerstattung nach Satz 2 ist bis zum Ablauf des 31. Dezember 2018 zu beantragen. ⁴Dem Antrag sind entsprechende Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der bezogenen Leistungen beizufügen.

(4) Die im Jahr 2015 gemäß § 45c zur Verfügung gestellten Fördermittel, die nach § 45c Absatz 5 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung auf das Folgejahr 2016 übertragen und bis zum Ende des Jahres 2016 in den Ländern nicht in Anspruch genommen worden sind, können im Jahr 2017 gemäß § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung von den Ländern beantragt werden, die im Jahr 2015 mindestens 80 Prozent der auf sie gemäß § 45c Absatz 5 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel ausgeschöpft haben.

(5) ¹In Fällen, in denen am 31. Dezember 2016 der Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung mit Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz oder dem Achten Buch bereits zusammentrifft, muss eine Vereinbarung nach § 13 Absatz 4 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung nur dann abgeschlossen werden, wenn einer der beteiligten Träger oder der Leistungsbezieher dies verlangt. ²Trifft der Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung außerdem mit Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder dem Bundesversorgungsgesetz zusammen, gilt Satz 1 entsprechend.

Fußnoten

Fünfzehntes Kapitel (§§ 140 bis 144): Eingef. durch Art. 2 Nr. 50 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017
§ 144 Abs. 3 bis 5: Eingef. durch Art. 1 Nr. 26 G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 145 Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen in häuslicher Pflege

¹Für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die am 1. Januar 2017 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege haben und in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung keine Anwendung findet, findet § 43a auch in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung keine Anwendung. ²Wechseln diese pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen nach dem 1. Januar 2017 die Wohnform, findet Satz 1 keine Anwendung, solange sie in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung Anwendung gefunden hätte, wenn sie am 1. Januar 2017 in einer solchen Wohnform gelebt hätten.

Fußnoten

§ 145: Eingef. durch Art. 1 Nr. 29 G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

§ 146 Übergangs- und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3

(1) Für die jeweilige beratende Stelle gelten die Vergütungssätze nach § 37 Absatz 3 Satz 5 und 6 in der am 31. Dezember 2018 geltenden Fassung so lange, bis die Vergütung für Beratungseinsätze erstmals für die jeweilige beratende Stelle vereinbart oder durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt wird.

(2) Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Fassung durchgeführt haben, gelten ab dem 1. Januar 2019 als nach § 37 Absatz 7 anerkannte Beratungsstellen.

Fußnoten

§ 146: Eingef. durch Art. 11 Nr. 22 G v. 11.12.2018 | 2394 mWv 1.1.2019

Anlage 1 (zu § 15) Einzelpunkte der Module 1 bis 6; Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parental oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit „entfällt“ (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit „teilweise“ (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit „vollständig“ (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe - Kriterium 5.1 - und einmal Blutzuckermessen - Kriterium 5.6 -, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis unter dreimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe			Einzelpunkte
0	bis unter	4,3	0
4,3	bis unter	8,6	1
8,6	bis unter	12,9	2
12,9	bis unter	60	3
60 und	mehr		6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Fußnoten

Anlage 1 u. 2: Eingef. durch Art. 2 Nr. 51 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

Anlage 1 Tab "Einzelpunkte für die Kriterien Ziff. 5.8 bis 5.11": IdF d. Art. 1 Nr. 30 G v. 23.12.2016 | 3191 mWv 1.1.2017

Anlage 2 (zu § 15)
Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)
Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1 Mobilität	10 %	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0 - 1	2 - 5	6 - 10	11 - 16	17 - 33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Er- hebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
4 Selbstversorgung	40 %	0 - 2	3 - 7	8 - 18	19 - 36	37 - 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2 - 3	4 - 5	6 - 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1 - 3	4 - 6	7 - 11	12 - 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6
7 Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.					
8 Haushaltsführung							

Fußnoten

Anlage 1 u. 2: Eingef. durch Art. 2 Nr. 51 G v. 21.12.2015 | 2424 mWv 1.1.2017

Redaktionelle Hinweise

Diese Norm enthält nichtamtliche Satznummern.

© juris GmbH