

# Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung<sup>1</sup>

Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014)

## Erstes Kapitel Allgemeine Vorschriften

### § 1 Soziale Pflegeversicherung

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

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

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

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

(5) 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) Die Ausgaben der Pflegeversicherung werden durch Beiträge der Mitglieder und der Arbeitgeber finanziert. Die Beiträge richten sich nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Für versicherte Familienangehörige 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.<sup>2</sup>

### § 2 Selbstbestimmung

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

---

#### 1 ERLÄUTERUNG

Das Gesetz ist am 1. Januar 1995 in Kraft getreten, sofern nichts Abweichendes vermerkt ist.

#### ENTSCHEIDUNG DES BUNDESVERFASSUNGSGERICHTS

Die Regelungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch über den Zugang zur gesetzlichen Pflegeversicherung sind mit Artikel 3 Abs. 1 des Grundgesetzes insoweit unvereinbar, als durch sie Personen generell vom Zugang ausgeschlossen sind, die bei Inkrafttreten des Elften Buches Sozialgesetzbuch keinen die Versicherungspflicht nach diesem Gesetz begründenden Tatbestand erfüllten. (Urt. v. 3. April 2001 – 1 BvR 81/98 –, BGBl. I S. 774)

#### 2 ÄNDERUNGEN

01.08.2001.—Artikel 3 § 56 Nr. 1 des Gesetzes vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266) hat in Abs. 6 Satz 3 „und eingetragene Lebenspartner (Lebenspartner)“ nach „Familienangehörige“ eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 1a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 4a eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Abs. 5 aufgehoben und Abs. 4a in Abs. 5 unnummeriert. Abs. 5 lautet:

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

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 2 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Abs. 7 eingefügt.

Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten.

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

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

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

### **§ 3 Vorrang der häuslichen Pflege**

Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor.

### **§ 4 Art und Umfang der Leistungen**

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

(2) Bei häuslicher und teilstationärer Pflege ergänzen die Leistungen der Pflegeversicherung die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung. Bei 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.<sup>4</sup>

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

(1) Die 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. Die Pflichten der Pflegeeinrichtungen nach § 11

---

#### **3 ÄNDERUNGEN**

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.  
01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 2 „ , auch in Form der aktivierenden Pflege,“ nach „Pflegebedürftigen“ eingefügt.

#### **4 ÄNDERUNGEN**

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Bei vollstationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen von pflegebedingten Aufwendungen entlastet; die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst.“  
01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 1 „Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung“ durch „körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung“ ersetzt.

Absatz 1 bleiben unberührt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes 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) Die 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. Die Ausgaben sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen. Sind in einem Jahr die Ausgaben rundungsbedingt nicht anzupassen, ist die unterbliebene Anpassung bei der Berechnung der Anpassung der Ausgaben im Folgejahr zu berücksichtigen.

(3) Bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 sollen die Pflegekassen zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Prävention erbringen. Erreicht 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. Auf 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 da rauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.

(7) Im Jahr 2020 müssen die Ausgaben der Pflegekassen für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 nicht dem in Absatz 2 festgelegten Betrag entsprechen. Im Jahr 2019 nicht verausgabte Mittel sind abweichend von Absatz 3 Satz 2 im Jahr 2020 nicht dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Verfügung zu stellen.<sup>5</sup>

---

## 5 ÄNDERUNGEN

01.07.2001.—Artikel 10 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Vorrang von Prävention und Rehabilitation“.

Artikel 10 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 „Maßnahmen der Prävention, der Krankenbehandlung und der“ durch „Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „medizinischen und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation“ durch „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen“ ersetzt.

25.07.2015.—Artikel 6 Nr. 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

### **„§ 5 Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation**

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

(2) 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.“

## § 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.<sup>6</sup>

## § 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) Die 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 oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters sowie
2. der gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung gemäß § 18c Absatz 4.

Mit Einwilligung des Versicherten haben der behandelnde Arzt, das Krankenhaus, die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie die Sozialleistungsträger unverzüglich die zuständige Pflegekasse zu benachrichtigen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Die 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. Ebenso 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) Zur 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. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Leistungs- und Preisvergleichsliste nach Satz 1, aktualisieren diese einmal im Quartal und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite. Die 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

---

01.01.2016.—Artikel 7 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat Abs. 3 Satz 2 und 3 eingefügt.

23.05.2020.—Artikel 5 Nr. 2 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat Abs. 7 eingefügt.

### 6 ÄNDERUNGEN

01.07.2001.—Artikel 10 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 1 „medizinische“ durch „Leistungen zur medizinischen“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „Maßnahmen der“ durch „Leistungen zur“ ersetzt.

Vergleich von Angeboten und Kosten und der regionalen Verfügbarkeit ermöglicht. Auf 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. Die 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. Die Landesverbände der Pflegekassen erarbeiten Nutzungsbedingungen für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung der Angaben nach Satz 1 durch Dritte; die Übermittlung der Angaben erfolgt gegen Verwaltungskostensatz, es sei denn, es handelt sich bei den Dritten um öffentlich-rechtliche Stellen.

(4) Im 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. Träger weiterer Angebote, in denen Leistungen zur medizinischen Vorsorge 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. Dazu gehören auch Angebote der Träger von Leistungen der Eingliederungshilfe, soweit diese in der vorgesehenen Form der elektronischen Datenübermittlung kostenfrei bereitgestellt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen für einen bundesweit einheitlichen technischen Standard zur elektronischen Datenübermittlung ab. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung der Länder.<sup>7</sup>

---

## 7 ÄNDERUNGEN

01.08.2001.—Artikel 3 § 56 Nr. 2 des Gesetzes vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266) hat in Abs. 2 Satz 1 „und Lebenspartner“ nach „Angehörigen“ eingefügt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat Abs. 3 und 4 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Ausübung seines Wahlrechts nach § 2 Abs. 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse dem Pflegebedürftigen spätestens mit dem Bescheid über die Bewilligung seines Antrags auf Gewährung häuslicher, teil- oder vollstationärer Pflege eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung gewährleistet werden soll (Leistungs- und Preisvergleichsliste). Die Leistungs- und Preisvergleichsliste hat zumindest die für die Pflegeeinrichtung jeweils geltenden Festlegungen der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a sowie der Vergütungsvereinbarung nach dem Achten Kapitel zu enthalten. Zugleich ist dem Pflegebedürftigen eine Beratung darüber anzubieten, welche Pflegeleistungen für ihn in seiner persönlichen Situation in Betracht kommen.“

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat Satz 1 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die 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, zu unterrichten und zu beraten.“

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat in Abs. 3 Satz 6 „und Pflegebedürftige“ nach „Betreuungsbedarf“ eingefügt und „Betreuungsangebote“ durch „Betreuungs- und Entlastungsangebote“ ersetzt.

## § 7a Pflegeberatung

(1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und

---

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in der Überschrift „Beratung“ durch „Auskunft“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 „Beratung“ durch „Auskunft“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. c litt. aa littt. aaa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „unterrichten, zu beraten“ durch „informieren“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. c litt. aa littt. bbb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 „Präventions- und“ nach „gesonderten“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „Beratung“ durch „Aufklärung und Auskunft“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 4 und 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. d und e desselben Gesetzes hat Abs. 3 und 4 neu gefasst. Abs. 3 und 4 lauteten:

„(3) Zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Ausübung seines Wahlrechts nach § 2 Abs. 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse dem Pflegebedürftigen unverzüglich nach Eingang seines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung gewährleistet werden soll (Leistungs- und Preisvergleichsliste). Gleichzeitig ist der Pflegebedürftige über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt (§ 92c), die Pflegeberatung (§ 7a) und darüber zu unterrichten, dass die Beratung und Unterstützung durch den Pflegestützpunkt sowie die Pflegeberatung unentgeltlich sind. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse vom Landesverband der Pflegekassen zur Verfügung zu stellen und zeitnah fortzuschreiben; sie hat zumindest die für die Pflegeeinrichtungen jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel und zur wohnortnahen Versorgung nach § 92c zu enthalten und ist von der Pflegekasse um die Festlegungen in den Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b, an denen sie beteiligt ist, zu ergänzen. Zugleich ist dem Pflegebedürftigen eine Beratung darüber anzubieten, welche Pflegeleistungen für ihn in seiner persönlichen Situation in Betracht kommen. Ferner ist der Pflegebedürftige auf die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen hinzuweisen. Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und Pflegebedürftige sind in gleicher Weise, insbesondere über anerkannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote, zu unterrichten und zu beraten.“

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

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 4 lit. b des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 4 Satz 1 „für niedrigschwellige Betreuung und Entlastung“ durch „zur Unterstützung im Alltag“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 1a lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat Satz 3 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Für die Aufklärung und Auskunft erforderliche personenbezogene Daten dürfen nur mit Einwilligung des Versicherten erhoben, verarbeitet und genutzt werden.“

Artikel 2 Nr. 4 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Zur 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 eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie der Angebote für niedrigschwellige Betreuung und Entlastung nach § 45c, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleistet werden soll (Leistungs- und Preisvergleichsliste), unverzüglich und in geeigneter Form zu übermitteln.“

Artikel 2 Nr. 4 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 6 eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 2 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 „der Krankenversicherung“ nach „Dienstes“ gestrichen.

01.10.2023.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 „§ 18a Absatz 1“ durch „§ 18c Absatz 4“ ersetzt.

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. Für das Verfahren, die Durchführung und die Inhalte der Pflegeberatung sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1a maßgeblich. Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst 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, insbesondere hinsichtlich einer Empfehlung zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Absatz 2,
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.

Der 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. Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen, insbesondere den Ansprechstellen der Rehabilitationsträger nach § 12 Absatz 1 Satz 3 des Neunten Buches, ist sicherzustellen. Ihnen obliegende Aufgaben der Pflegeberatung können die Pflegekassen ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt. Ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht auch dann, wenn ein Antrag auf Leistungen nach diesem Buch gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Es 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) Auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 erfolgt die Pflegeberatung auch gegenüber ihren Angehörigen oder weiteren Personen oder unter deren Einbeziehung. Sie erfolgt auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der diese Person lebt. Die Pflegeberatung kann auf Wunsch einer anspruchsberechtigten Person nach Absatz 1 Satz 1 durch barrierefreie digitale Angebote der Pflegekassen ergänzt werden und in diesem Rahmen mittels barrierefreier digitaler Anwendungen erfolgen, bei denen im Fall der Verarbeitung personenbezogener Daten die dafür geltenden Vorschriften zum Datenschutz eingehalten und die Anforderungen an die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet werden. Bei der Durchführung der Beratung als Videokonferenz gelten die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden. Für digitale Angebote sowie andere digitale Anwendungen nach dieser Vorschrift gelten die Anforderungen, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in seiner Richtlinie nach § 17 Absatz 1a zur Durchführung von Beratungen für den Datenschutz und

die Datensicherheit bestimmt hat. Ein Versicherter kann einen Leistungsantrag nach diesem oder dem Fünften Buch auch gegenüber dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin stellen. Der Antrag ist unverzüglich der zuständigen Pflege- oder Krankenkasse zu übermitteln, die den Leistungsbescheid unverzüglich dem Antragsteller und zeitgleich dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin zuleitet. Erfolgt die individuelle Beratung nach Absatz 1 Satz 1 mittels barrierefreier digitaler Anwendungen, bleibt der Anspruch der Versicherten auf eine Beratung nach Satz 2 unberührt.

(3) Die 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. Die 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. Der 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) Die 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. Die Pflegekassen können diese Aufgabe auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. Kommt 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. Die 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. Die durch die Tätigkeit von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen entstehenden Aufwendungen werden von den Pflegekassen getragen und zur Hälfte auf die Verwaltungskostenpauschale nach § 46 Abs. 3 Satz 1 angerechnet.

(5) Zur 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. Dies 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. Soweit 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 befasste 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 verarbeiten, 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) Die 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 Zusam-



menarbeit in der Beratung. Zu 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. Die 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. Für 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) Der 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.

Er kann hierfür Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.<sup>8</sup>

---

## 8 QUELLE

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat die Vorschrift eingefügt.

### ÄNDERUNGEN

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Abs. 1 geändert. Abs. 1 lautete:

„(1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben ab dem 1. Januar 2009 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). Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung 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 sowie
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.

Der Versorgungsplan beinhaltet insbesondere Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen nach Satz 2 Nr. 3, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen. Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen, insbesondere den gemeinsamen Servicestellen nach § 23 des Neunten Buches, ist sicherzustellen. Ihnen obliegende Aufgaben der Pflegeberatung können die Pflegekassen ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt. Ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht auch dann, wenn ein Antrag

## § 7b Pflicht zum Beratungsangebot und Beratungsgutscheine

(1) Die Pflegekasse hat dem Versicherten unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Leistungen nach diesem Buch oder des erklärten Bedarfs einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder weiterer Anträge auf Leistungen nach den §§ 36 bis 38a, 40 Absatz 1 und 4, den §§ 40b, 41 bis 43, 44a, 45, 45e, 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

---

auf Leistungen nach diesem Buch gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Vor dem 1. Januar 2009 kann Pflegeberatung gewährt werden, wenn und soweit eine Pflegekasse eine entsprechende Struktur aufgebaut hat. Es ist sicherzustellen, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 92c Pflegeberatung im Sinne dieser Vorschrift in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 2 durch die Sätze 1 und 2 ersetzt. Satz 1 lautet: „Auf Wunsch erfolgt die Pflegeberatung unter Einbeziehung von Dritten, insbesondere Angehörigen und Lebenspartnern, und in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. c desselben Gesetzes hat die Sätze 3 und 4 in Abs. 3 durch Satz 3 ersetzt. Die Sätze 3 und 4 lauteten: „Zur erforderlichen Anzahl und Qualifikation von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen gibt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. August 2008 Empfehlungen ab. Die Qualifikationsanforderungen nach Satz 2 müssen spätestens zum 30. Juni 2011 erfüllt sein.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „bis zum 31. Oktober 2008“ nach „Vereinbarungen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 4 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 7 neu gefasst. Abs. 7 lautet:

„(7) Über die Erfahrungen mit der Pflegeberatung legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2011 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vor. Er kann hierzu Mittel nach § 8 Abs. 3 einsetzen.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 8 und 9 eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 1b des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 4 Satz 4 „; § 94 Absatz 1 Nummer 8 gilt entsprechend“ am Ende eingefügt.

29.07.2017.—Artikel 9 Nr. 1 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) hat Abs. 7 Satz 3 und 4 eingefügt.

01.01.2018.—Artikel 10 Nr. 2 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) hat in Abs. 1 Satz 7 „gemeinsamen Servicestellen nach § 23“ durch „Ansprechstellen der Rehabilitationsträger nach § 12 Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.

26.11.2019.—Artikel 132 Nr. 2 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 6 „erheben, verarbeiten und nutzen“ durch „verarbeiten“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 2 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 „der Krankenversicherung“ nach „Dienst“ gestrichen.

29.10.2020.—Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat in Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 das Komma durch „ , insbesondere hinsichtlich einer Empfehlung zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 18 Absatz 1 Satz 3,“ ersetzt.

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat Abs. 2 Satz 3 bis 5 eingefügt.

Artikel 5 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 8 eingefügt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 3 lit. b des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Sätze 4 und 5 in Abs. 2 neu gefasst. Die Sätze 4 und 5 lauteten: „Die Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit der eingesetzten digitalen Anwendungen gelten als erfüllt, wenn die Anwendungen die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen erfüllen. Die Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit nach Satz 3 gelten auch bei den digitalen Anwendungen als erfüllt, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in seiner Richtlinie nach § 17 Absatz 1a zur Durchführung von Beratungen bestimmt hat.“

01.10.2023.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 „§ 18 Absatz 1 Satz 3“ durch „§ 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Absatz 2“ ersetzt.

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.

Dabei ist ausdrücklich auf die Möglichkeiten des individuellen Versorgungsplans nach § 7a hinzuweisen und über dessen Nutzen aufzuklären. Die Beratung richtet sich nach § 7a. Auf 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. Die Sätze 1 bis 4 finden auch Anwendung bei der erstmaligen Beantragung von Leistungen nach den §§ 39, 40 Absatz 2, § 45a Absatz 4 und § 45b.

(2) Die Pflegekasse hat sicherzustellen, dass die Beratungsstellen die Anforderungen an die Beratung nach § 7a einhalten. Die 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) Sofern 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. Absatz 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Die Pflegekasse schließt hierzu allein oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen mit den in Satz 1 genannten Stellen vertragliche Vereinbarungen über die Vergütung. Für die Verarbeitung der Sozialdaten gilt § 7a Absatz 6 entsprechend.

(3) Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 dürfen personenbezogene Daten nur verarbeiten, soweit dies für Zwecke der Beratung nach § 7a erforderlich ist und der Versicherte oder sein gesetzlicher Vertreter eingewilligt hat. Zudem 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 Pflegepflichtversicherung durchführen, entsprechend.<sup>9</sup>

---

## 9 QUELLE

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

### ÄNDERUNGEN

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 1 „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“ nach „Buch“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „den §§ 7 und 7a“ durch „§ 7a“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „den §§ 7 und 7a“ durch „§ 7a“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „den §§ 7 und 7a“ durch „§ 7a“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat Abs. 2a eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 132 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 2a Satz 4 „Erhebung, Verarbeitung und Nutzung“ durch „Verarbeitung“ ersetzt.

Artikel 132 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „erheben, verarbeiten und nutzen“ durch „verarbeiten“ ersetzt.

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Beratungsgutscheine“.

Artikel 2 Nr. 1 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 1 durch die Sätze 1 und 2 ersetzt. Satz 1 lautete: „Die Pflegekasse hat dem Antragsteller unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf

### § 7c Pflegestützpunkte, Verordnungsermächtigung

(1) Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten richten die Pflegekassen und Krankenkassen Pflegestützpunkte ein, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. Die Einrichtung muss innerhalb von sechs Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde erfolgen. Kommen 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. Hinsichtlich der Mehrheitsverhältnisse bei der Beschlussfassung ist § 81 Absatz 1 Satz 2 entsprechend anzuwenden. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörden zur Einrichtung von Pflegestützpunkten haben keine aufschiebende Wirkung.

(1a) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch sowie die nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe können auf Grund landesrechtlicher Vorschriften von den Pflegekassen und Krankenkassen den Abschluss einer Vereinbarung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten verlangen. Ist 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) Aufgaben 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.

Auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen ist zurückzugreifen. Die 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

---

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.“

Artikel 2 Nr. 1 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 5 eingefügt.

01.07.2025.—Artikel 2a Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 1 Satz 1 „§§ 40b, 41 bis 43, 44a, 45, 45e, 87a“ durch „§§ 40b, 41, 42b, 43, 44a, 45, 45e, 87a“ ersetzt.

Artikel 2a Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 5 „den §§ 39, 40 Absatz 2,“ durch „§ 40 Absatz 2, den §§ 39 sowie 42 jeweils in Verbindung mit § 42a, nach“ ersetzt.

an den Pflegestützpunkten beteiligen. Die Krankenkassen haben sich an den Pflegestützpunkten zu beteiligen. Träger der Pflegestützpunkte sind die beteiligten Kosten- und Leistungsträger. Die 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) Der 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. Die 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. Die 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. Soweit 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 befasste 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 verarbeiten, 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) Sofern 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. Bestandskräftige Rahmenverträge

gelten bis zum Inkrafttreten von Rahmenverträgen nach Satz 1 fort. Die von der zuständigen obersten Landesbehörde getroffene Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sowie die Empfehlungen nach Absatz 9 sind beim Abschluss der Rahmenverträge zu berücksichtigen. In 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. Ferner sollen Regelungen zur Aufteilung der Kosten unter Berücksichtigung der Vorschriften nach Absatz 4 getroffen werden. Die Regelungen zur Kostenaufteilung gelten unmittelbar für die Pflegestützpunkte, soweit in den Verträgen zur Errichtung der Pflegestützpunkte nach Absatz 1 nichts anderes vereinbart ist.

(7) Die Landesregierungen werden ermächtigt, Schiedsstellen einzurichten. Diese 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. Die 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. Für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertretungen bestellt werden. § 76 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend. Die 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) Abweichend 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. Die 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.<sup>10</sup>

---

## 10 QUELLE

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift eingefügt.

### ÄNDERUNGEN

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in der Überschrift „, Verordnungsermächtigung“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 „einschließlich der Pflegeberatung nach § 7a in Verbindung mit den Richtlinien nach § 17 Absatz 1a“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 6 Nr. 3 „sowie nicht gewerblichen, gemeinwohlorientierten Einrichtungen mit öffentlich zugänglichen Angeboten und insbesondere Selbsthilfe stärkender und generationenübergreifender Ausrichtung in kommunalen Gebietskörperschaften“ nach „Organisationen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. d und e desselben Gesetzes hat Abs. 7 in Abs. 9 unnummeriert und Abs. 6 durch Abs. 6 bis 8 ersetzt. Abs. 6 lautete:

„(6) Die Landesverbände der Pflegekassen können mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte vereinbaren. Die von der zuständigen obersten Landesbehörde getroffene Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sowie die Empfehlungen nach Absatz 7 sind hierbei zu berücksichtigen.“

## § 8 Gemeinsame Verantwortung

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

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

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

(3a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 3 Millionen Euro im Kalenderjahr Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Entwicklung oder Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. Bei Modellvorhaben, die den Einsatz von zusätzlichem Personal in der Versorgung durch die Pflegeeinrichtung erfordern, können die

---

tigen. Die Rahmenverträge sind bei der Arbeit und der Finanzierung von Pflegestützpunkten in der gemeinsamen Trägerschaft der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die Altenhilfe und für die Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu beachten.“

26.11.2019.—Artikel 132 Nr. 4 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 5 „erheben, verarbeiten und nutzen“ durch „verarbeiten“ ersetzt.

05.10.2021.—Artikel 7e des Gesetzes vom 27. September 2021 (BGBl. I S. 4530) hat in Abs. 1a Satz 1 „2021“ durch „2023“ ersetzt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 3a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 1a Satz 1 „bis zum 31. Dezember 2023“ nach „können“ gestrichen.

dadurch entstehenden Personalkosten in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einbezogen werden. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Pflegebedürftige dürfen durch die Durchführung der Modellvorhaben nicht belastet werden. Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht werden, können sie in das folgende Haushaltsjahr oder unter entsprechender Erhöhung des zur Verfügung stehenden Betrages auf die Mittel nach Absatz 3b Satz 5 für den Bereitstellungszeitraum nach Absatz 3b Satz 5 übertragen werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemein wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Über die Auswertung der Modellvorhaben ist von unabhängigen Sachverständigen ein Bericht zu erstellen. Der Bericht ist zu veröffentlichen. § 45c Absatz 5 Satz 6 gilt entsprechend.

(3b) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt durch die Finanzierung von Studien, Modellprojekten und wissenschaftlichen Expertisen die wissenschaftlich gestützte Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben, das nach § 113c Satz 1 in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt wurde, und die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung sicher. Das Bundesministerium für Gesundheit setzt dazu ein Begleitgremium ein. Aufgabe des Begleitgremiums ist es, den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bei der Umsetzung des Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs für vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie bei der Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung fachlich zu beraten und zu unterstützen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie nach Anhörung des Begleitgremiums Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Maßnahmen nach Satz 1. Dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen werden zur Finanzierung der Maßnahmen nach Satz 1 in den Jahren 2021 bis 2026 bis zu 12 Millionen Euro aus dem Ausgleichsfonds zur Verfügung gestellt. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Der Einsatz von zusätzlichem Personal in vollstationären Pflegeeinrichtungen und die dadurch entstehenden Personalkosten bei der Teilnahme an Modellprojekten nach Satz 1 sollen in das Fördervolumen nach Satz 5 einbezogen werden. Pflegebedürftige dürfen durch die Durchführung von Maßnahmen nach Satz 1 nicht belastet werden.

(4) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ist ebenfalls die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 und der wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Absatz 4 und 4a sicherzustellen. Absatz 5 Satz 2 und 3 gilt entsprechend. Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. als Mitglied im Qualitätsausschuss nach § 113b vertreten ist, beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, mit einem Anteil von 10 Prozent an den Aufwendungen nach Satz 1. Der Finanzierungsanteil nach Satz 2, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.

(5) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ist die Finanzierung der gemäß § 113 Absatz 1b Satz 1 beauftragten, fachlich unabhängigen Institution sicherzustellen. Die Vertragsparteien nach § 113 und das Bundesversicherungsamt vereinbaren das Nähere über das Ver-



fahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel. Die jeweilige Auszahlung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

(5a) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ist die Finanzierung der Geschäftsstelle nach § 82c Absatz 6 sicherzustellen. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

(6) Abweichend von § 84 Absatz 4 Satz 1 erhalten vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege. Voraussetzung 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 Pflegetatschevereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Das zusätzliche Pflegepersonal muss zur Erbringung aller vollstationären Pflegeleistungen vorgesehen sein und es muss sich bei dem Personal um Pflegefachkräfte handeln. Die vollstationäre Pflegeeinrichtung kann auch für die Beschäftigung zusätzlicher Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sowie von zusätzlichen Pflegehilfskräften, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, einen Vergütungszuschlag erhalten. Das 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. Der 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.

Der Vergütungszuschlag ist von den Pflegekassen monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig, sofern von der vollstationären Pflegeeinrichtung halbjährlich das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen nach Satz 2 bestätigt wird. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für die Antragstellung sowie das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder fest. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen seiner Zuständigkeit. Bis 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 Pflegetatschevereinbarung beteiligte Pflegekasse. Die 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. Die Auszahlung des gesamten Zuschlags hat einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung vor Ort zu erfolgen. Änderungen der den Anträgen zugrunde liegenden Sachverhalte sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen unverzüglich anzuzeigen. Der 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) Aus 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. Die Maßnahmen nach Satz 1 werden in den Jahren 2025 bis 2030 mit den in den Jahren 2023 und 2024 nicht in Anspruch genommenen Fördermitteln aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung gefördert. Das verfügbare Fördervolumen in den Jahren 2025 bis 2030 wird zudem um die für Modellvorhaben nach § 123 beanspruch-

ten Mittel des Ausgleichsfonds verringert. Förderfähig sind alle Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, insbesondere für ihre in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern; dazu gehören, jeweils einschließlich aller erforderlichen Maßnahmen zur betrieblichen Umsetzung, insbesondere der Bedarfsanalyse, Konzeptentwicklung, Personal- und Organisationsentwicklung, Schulung und Weiterbildung der Führungskräfte und Beschäftigten sowie der Begleitung bei der Umsetzung, insbesondere

1. individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, sowie weitere Maßnahmen zur Entlastung insbesondere der in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
2. Maßnahmen zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal,
3. Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung einschließlich Maßnahmen im Zusammenhang mit lebensphasengerechten Arbeitszeitmodellen, Personalpools sowie weiteren betrieblichen Ausfallkonzepten,
4. Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation mit und zwischen den Beschäftigten,
5. Maßnahmen zur kompetenzorientierten Personalentwicklung, Personalqualifizierung und Führung,
6. Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation mit Kunden,
7. Maßnahmen zur Schaffung einer familienfreundlichen Unternehmenskultur.

Ab dem 1. Juli 2023 sind folgende jährliche Förderzuschüsse möglich:

1. bei Pflegeeinrichtungen mit bis zu 25 in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Höhe von bis zu 10 000 Euro; dabei werden bis zu 70 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel gefördert;
2. bei Pflegeeinrichtungen ab 26 in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Höhe von bis zu 7 500 Euro; dabei werden bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel gefördert.

Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. Der in Satz 1 genannte Betrag soll unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen auf die Länder aufgeteilt werden. Antrag und Nachweis sollen einfach ausgestaltet sein. Pflegeeinrichtungen können in einem Antrag die Förderung von zeitlich und sachlich unterschiedlichen Maßnahmen beantragen. Soweit 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. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene, erstmals 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. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das 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. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(8) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2030 ein einmaliger Zuschuss für jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um digitale Anwendungen, insbesondere zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zu fördern.

Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen, die beispielsweise Investitionen in die IT- und Cybersicherheit, das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, verbesserte Arbeitsabläufe und Organisation bei der Pflege und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen. Förderfähig sind auch die Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Schulungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege. Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss in Höhe von 12 000 Euro möglich. Der 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. Oktober 2023 Richtlinien über das Nähere der Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses, der durch eine Pflegekasse ausgezahlt wird. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das 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 8 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

(9) Die 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. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an der Finanzierung der Vergütungszuschläge nach Absatz 6 mit jährlich 44 Millionen Euro. Der 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. Einmalig 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. § 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist anzuwenden. Dem Versicherungsnehmer ist die Neufestsetzung der Prämie unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitzuteilen. § 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.<sup>11</sup>

---

## 11 ÄNDERUNGEN

01.07.2001.—Artikel 10 Nr. 4 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 2 Satz 2 „Maßnahmen der“ durch „Leistungen zur“ ersetzt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 1a des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat Abs. 3 eingefügt.

28.11.2003.—Artikel 212 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 3 Satz 7 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

08.11.2006.—Artikel 264 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 3 Satz 7 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.07.2008.—Artikel 8 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 Satz 1 „Die Spitzenverbände der Pflegekassen können einheitlich und gemeinsam“ durch „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann“ ersetzt.

Artikel 8 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 6 „Die Spitzenverbände der Pflegekassen vereinbaren einheitlich und gemeinsam“ durch „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt“ ersetzt und „; § 213 Abs. 2 des Fünften Buches gilt entsprechend“ am Ende gestrichen.

Artikel 8 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 9 „die Spitzenverbände“ durch „der Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 3 Satz 3 „und zur Entwicklung besonders pauschalierter Pflegesätze von § 84 Abs. 2 Satz 2“ nach „§ 36“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 5 eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat in Abs. 3 Satz 1 „Modellvorhaben“ durch „Maßnahmen wie Modellvorhaben, Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 7 „Modellvorhaben“ durch „Maßnahmen“ ersetzt und „ , dabei sind auch regionale Modellvorhaben einzelner Länder zu berücksichtigen am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 8 „Modellvorhaben“ durch „Maßnahmen“ ersetzt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Abs. 4 eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 5 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 3 Satz 12 „Abs. 4“ durch „Absatz 5“ ersetzt.

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 3 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Abs. 5 bis 10 eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 39 Nr. 10 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 3 Satz 10 und Abs. 4 Satz 5 jeweils „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

01.01.2021.—Artikel 3 Nr. 0a lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat Abs. 3a und 3b eingefügt.

Artikel 3 Nr. 0a lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 6 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Nur 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.“

Artikel 3 Nr. 0a lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 7 „ , sofern von der vollstationären Pflegeeinrichtung halbjährlich das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen nach Satz 2 bestätigt wird“ am Ende eingefügt.

Artikel 3 Nr. 0a lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 8 „und den Nachweis nach Satz 4“ nach „Antragstellung“ gestrichen.

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 2a des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 8 Satz 1 „2021“ durch „2023“ ersetzt.

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 2 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 4 Satz 1 „nach Absatz 3“ durch „des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung“ ersetzt und „und 4a“ nach „Absatz 4“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. a litt. bb und cc desselben Gesetzes hat die Sätze 2 bis 4 in Abs. 4 durch die Sätze 2 und 3 ersetzt. Die Sätze 2 bis 4 lauteten: „Sofern 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. Aus den Mitteln nach Absatz 3 ist zudem die Finanzierung der Aufgaben nach § 113c sicherzustellen. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 10 Prozent an diesen Aufwendungen.“

Artikel 2 Nr. 2 lit. a litt. dd desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4 Satz 4 „den Sätzen 2 und 4“ durch „Satz 2“ ersetzt.

## § 8a Gemeinsame Empfehlungen zur pflegerischen Versorgung

(1) Für jedes Land oder für Teile des Landes wird zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung ein Landespflegeausschuss gebildet. Der Ausschuss kann zur Umsetzung der Pflegeversicherung einvernehmlich Empfehlungen abgeben. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu den Landespflegeausschüssen zu bestimmen; insbesondere kön-

---

Artikel 2 Nr. 2 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 7 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Förderfähig 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.“

Artikel 2 Nr. 2 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 10 „bis zum 31. März 2019“ durch „, erstmals bis zum 31. März 2019,“ ersetzt.

30.06.2022.—Artikel 2 Nr. 1a des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) hat Abs. 5a eingefügt.

29.12.2022.—Artikel 8a Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat Satz 5 in Abs. 3a neu gefasst. Satz 5 lautete: „Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht wurden, können sie in das folgende Haushaltsjahr übertragen werden.“

Artikel 8a Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3b Satz 5 „2024“ durch „2025“ ersetzt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Sätze 2 bis 4 in Abs. 7 durch die Sätze 2 bis 5 ersetzt. Die Sätze 2 bis 4 lauteten: „Förderfähig sind

1. individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind,
2. die Entwicklung von Konzepten für mitarbeiterorientierte und lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung,
3. die Entwicklung von Konzepten zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung und
4. Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie zu den Zielen, zu denen nach den Nummern 2 und 3 Konzepte zu entwickeln sind.

Gefördert werden bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung für eine Maßnahme verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein jährlicher Förderzuschuss von 7 500 Euro möglich.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat die Sätze 1 und 2 in Abs. 8 durch die Sätze 1 bis 3 ersetzt. Die Sätze 1 und 2 lauteten: „Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird in den Jahren 2019 bis 2023 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. Förderfähig sind Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 8 Satz 6 „31. März 2019“ durch „31. Oktober 2023“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 8 Satz 9 „Satz 7“ durch „Satz 8“ ersetzt.

16.12.2023.—Artikel 8m des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 359) hat Satz 4 in Abs. 7 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Förderfähig sind

1. individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind,
2. die Entwicklung von Konzepten für mitarbeiterorientierte und lebensphasengerechte Arbeitszeitmodelle und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung,
3. die Entwicklung von Konzepten zur Rückgewinnung von Pflege- und Betreuungspersonal und Maßnahmen zu ihrer betrieblichen Umsetzung und
4. Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie zu den Zielen, zu denen nach den Nummern 2 und 3 Konzepte zu entwickeln sind.“

Artikel 8n desselben Gesetzes hat in Abs. 3b Satz 5 „2025“ durch „2026“ ersetzt.

01.01.2026.—Artikel 2 Nr. 2 lit. b des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 6 aufgehoben.

Artikel 2 Nr. 2 lit. d desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 9 aufgehoben.

nen sie die den Landespflegeausschüssen angehörenden Organisationen unter Berücksichtigung der Interessen aller an der Pflege im Land Beteiligten berufen.

(2) Sofern 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. Soweit 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) Die 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. Sie stellen die hierfür erforderlichen Angaben bereit, soweit diese ihnen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben verfügbar sind und es sich nicht um personenbezogene Daten handelt. Die 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.<sup>12</sup>

## § 9 Aufgaben der Länder

Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt; 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. Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen.<sup>13</sup>

---

### 12 QUELLE

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift eingefügt.

### ÄNDERUNGEN

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Landespflegeausschüsse“.

Artikel 1 Nr. 4 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2 bis 5 eingefügt.

### 13 ÄNDERUNGEN

## § 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.<sup>14</sup>

---

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Satz 2 geändert. Satz 2 lautete: „Das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt.“

### 14 ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

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

01.07.2001.—Artikel 10 Nr. 5 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 1 Satz 2 „Behinderten“ durch „behinderten Menschen“ ersetzt.

07.11.2001.—Artikel 219 Nr. 1 der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 1 Satz 1 und 2 und Abs. 3 und 4 jeweils „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

28.11.2003.—Artikel 212 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 1 Satz 1 und 2, Abs. 3 und 4 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

08.11.2006.—Artikel 264 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 1 Satz 1 und 2, Abs. 3 und 4 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

### „§ 10 Aufgaben des Bundes

(1) Beim Bundesministerium für Gesundheit wird ein Ausschuß für Fragen der Pflegeversicherung gebildet, dem die beteiligten Bundesressorts, die zuständigen obersten Landesbehörden, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege angehören. Das Bundesministerium für Gesundheit beruft darüber hinaus Bundesverbände der behinderten Menschen, der privaten ambulanten Dienste und der privaten Alten- und Pflegeheime in den Ausschuß.

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

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

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

25.07.2015.—Artikel 6 Nr. 1a des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat „2011“ durch „2016“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Pflegebericht der Bundesregierung“.

## § 11 Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

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

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

(3) Die Bestimmungen des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes bleiben unberührt.<sup>15</sup>

## § 12 Aufgaben der Pflegekassen

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

(2) Die Pflegekassen wirken mit den Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung partnerschaftlich zusammen, um die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren. Sie stellen insbesondere 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. Die 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.<sup>16</sup>

---

Artikel 1 Nr. 5 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2 eingefügt.

28.03.2020.—Artikel 4 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 4 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat Satz 2 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Für den Berichtszeitraum bis einschließlich 2019 ist der Bericht erst im Jahr 2021 vorzulegen.“

Artikel 1 Nr. 5 desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Die Berichterstattung zum Jahr 2019 erfolgt bis zum 31. Dezember 2020.“

### 15 ÄNDERUNGEN

01.10.2009.—Artikel 2 Abs. 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2319) hat in Abs. 3 „Heimgesetzes“ durch „Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes“ ersetzt.

### 16 ÄNDERUNGEN

01.07.2001.—Artikel 10 Nr. 6 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 2 Satz 2 „rehabilitative Maßnahmen“ durch „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Sie arbeiten dabei mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten eng zusammen und wirken darauf hin, daß Mängel der pflegerischen Versorgungsstruktur beseitigt werden.“



### § 13 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

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

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

vor.

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

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

1. nach dem Zwölften Buch,
2. nach dem Lastenausgleichsgesetz, dem Reparationsschädengesetz und dem Flüchtlingshilfegesetz

vor, soweit dieses Buch nichts anderes bestimmt. Leistungen zur Pflege nach diesen Gesetzen sind zu gewähren, wenn und soweit Leistungen der Pflegeversicherung nicht erbracht werden oder diese Gesetze dem Grunde oder der Höhe nach weitergehende Leistungen als die Pflegeversicherung vorsehen. Die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem Neunten Buch, die Leistungen zur Teilhabe nach dem Vierzehnten Buch und die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch bleiben unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig; die notwendige Hilfe in den Einrichtungen und Räumlichkeiten nach § 71 Abs. 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren.

(4) 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.

Die bestehenden Wunsch- und Wahlrechte der Leistungsberechtigten bleiben unberührt und sind zu beachten. Die Ausführung der Leistungen erfolgt nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften. 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. 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

---

Artikel 1 Nr. 8 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Sie stellen insbesondere sicher, daß im Einzelfall ärztliche Behandlung, Behandlungspflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen.“

Artikel 1 Nr. 8 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 2 „§ 92c“ durch „§ 7c“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 5a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 2 Satz 2 „Grundpflege“ durch „häusliche Pflegehilfe“ ersetzt und „sowie hauswirtschaftliche Versorgung“ nach „Teilhabe“ gestrichen.

Beteiligung des für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägers. 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. 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) 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. Satz 1 gilt entsprechend bei Vertragsleistungen aus privaten Pflegeversicherungen, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind. Rechtsvorschriften, die weitergehende oder ergänzende Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung von der Einkommensermittlung ausschließen, bleiben unberührt.

(6) 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. 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.<sup>17</sup>

---

## 17 ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat Satz 2 in Abs. 3 durch die Sätze 2 und 3 ersetzt. Satz 2 lautete: „Weitergehende Leistungen zur Pflege nach diesen Gesetzen sowie die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz und dem Achten Buch bleiben unberührt.“

01.08.1999.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 21. Juli 1999 (BGBl. I S. 1656) hat Abs. 6 eingefügt.

01.07.2001.—Artikel 10 Nr. 7 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 3 Satz 3 „Behinderte“ durch „behinderte Menschen“ ersetzt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 1b des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat Abs. 3a eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 10 Nr. 2 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 „Bundessozialhilfegesetz“ durch „Zwölften Buch“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 2 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „Bundessozialhilfegesetz“ durch „Zwölften Buch“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „Bundessozialhilfegesetz“ durch „Zwölften Buch“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „und bei Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz“ nach „Sozialleistungen“ eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 5 Satz 1 „; dies gilt nicht für das Pflegeunterstützungsgeld gemäß § 44a Absatz 3“ am Ende eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 6 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

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

## **Zweites Kapitel**

### **Leistungsberechtigter Personenkreis, Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Berichtspflichten, Begriff der Pflegeperson<sup>18</sup>**

#### **§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit**

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig

---

Artikel 1 Nr. 6 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 3 Satz 1 „ , soweit dieses Buch nichts anderes bestimmt“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „behinderte Menschen“ durch „Menschen mit Behinderungen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3a aufgehoben. Abs. 3a lautete:

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

Artikel 1 Nr. 6 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Treffen Pflegeleistungen mit Leistungen der Eingliederungshilfe oder mit weitergehenden Pflegeleistungen nach dem Zwölften Buch zusammen, sollen die Pflegekassen und der Träger der Sozialhilfe vereinbaren, daß im Verhältnis zum Pflegebedürftigen nur eine Stelle die Leistungen übernimmt und die andere Stelle die Kosten der von ihr zu tragenden Leistungen erstattet.“

Artikel 1 Nr. 6 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 4a und 4b eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 3 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) hat in Abs. 3 Satz 3 „Zwölften“ durch „Neunten“ ersetzt und „und Räumlichkeiten“ nach „Einrichtungen“ eingefügt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 2 Satz 2 „oder der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches“ nach „Buches“ eingefügt.

01.01.2024.—Artikel 39 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat Nr. 1 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 1 lautete:

„1. nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,“.

Artikel 39 Nr. 1 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 das Komma am Ende gestrichen und Nr. 3 in Abs. 3 Satz 1 aufgehoben. Nr. 3 lautete:

„3. nach dem Bundesversorgungsgesetz (Kriegsopferfürsorge) und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,“.

Artikel 39 Nr. 1 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „dem Bundesversorgungsgesetz und“ durch „die Leistungen zur Teilhabe nach dem Vierzehnten Buch und die Leistungen der Eingliederungshilfe nach“ ersetzt.

01.01.2025.—Artikel 46 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 20. August 2021 (BGBl. I S. 3932) hat Abs. 1 neu gefasst. Die neue Fassung lautet:

„(1) Den Leistungen der Pflegeversicherung gehen folgende Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit vor:

1. Entschädigungsleistungen nach dem Vierzehnten Buch und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Vierzehnten Buches vorsehen,
2. Entschädigungsleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung,
3. Entschädigungsleistungen aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge und
4. Entschädigungsleistungen nach dem Soldatenentschädigungsgesetz.“

Artikel 46 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „ , die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Soldatenentschädigungsgesetz“ nach „Vierzehnten Buch“ eingefügt.

#### **18 ÄNDERUNGEN**

01.10.2023.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Überschrift des Kapitels neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Leistungsberechtigter Personenkreis“.

kompensieren oder bewältigen können. Die 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 Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich 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 Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, 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.<sup>19</sup>

### **§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument**

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

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

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die 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,

---

#### **19 ÄNDERUNGEN**

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 7 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

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

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

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

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

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

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

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) Zur 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. Den 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. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf 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) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegfachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische 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) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im 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.<sup>20</sup>

---

## 20 ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

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

## § 16 Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für 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 den §§ 18 bis 18c zu erlassen. Es kann sich dabei von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen.<sup>21</sup>

01.04.2007.—Artikel 8 Nr. 4 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 3 Satz 2 und 3 eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 7 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) und Artikel 1 Nr. 6a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) haben die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

### „§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

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

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

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43a reicht die Feststellung, daß die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.

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

(3) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muß wöchentlich im Tagesdurchschnitt

1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.“

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 3 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 4 Satz 2 „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ durch „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt.

## 21 ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat „sowie der Pflegestufen nach § 15“ durch „ , der Pflegestufen nach § 15 sowie zur Anwendung der Härtefallregelung des § 36 Abs. 4 und des § 43 Abs. 3“ ersetzt.

**§ 17 Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund; Richtlinien der Pflegekassen**

(1) Der Medizinische Dienst Bund erlässt mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach § 15 sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 18 bis 18c (Begutachtungs-Richtlinien). Er 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. 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. Die 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. § 118 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Wird schriftlichen Anliegen der in Satz 5 genannten Organisationen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.

(1a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund Richtlinien zur einheitlichen Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a (Pflegeberatungs-Richtlinien). An den Pflegeberatungs-Richtlinien 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. Den 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 ihren Angehörigen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Darüber hinaus ergänzt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der Länder bis zum 31. Juli 2020 die Pflegeberatungs-Richtlinien um Regelungen für eine einheitliche Struktur eines elektronischen Versorgungsplans nach § 7a Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und für dessen elektronischen Austausch sowohl mit der Pflegekasse als auch mit den beteiligten Ärzten und Ärztinnen und Pflegeeinrichtungen sowie mit den Beratungsstellen der Kommunen, sowie bis zum 31. Dezember 2021 um Regelungen zur Nutzung von digitalen Anwendungen nach § 7a Absatz 2 einschließlich der Festlegungen über technische

---

14.10.1997.—Artikel 41 der Verordnung vom 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390) hat „und Senioren“ durch „ , Senioren, Frauen und Jugend“ ersetzt.

07.11.2001.—Artikel 219 Nr. 2 der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ und „Gesundheit“ durch „Arbeit und Sozialordnung“ ersetzt.

28.11.2003.—Artikel 212 Nr. 2 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt und „und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ nach „Jugend“ gestrichen.

08.11.2006.—Artikel 264 Nr. 2 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen und „und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales“ nach „Jugend“ eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 7 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„Das 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 Vorschriften zur näheren Abgrenzung der in § 14 genannten Merkmale der Pflegebedürftigkeit, der Pflegestufen nach § 15 sowie zur Anwendung der Härtefallregelung des § 36 Abs. 4 und des § 43 Abs. 3 zu erlassen.“

01.10.2023.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Satz 1 „§ 18“ durch „den §§ 18 bis 18c“ ersetzt.



Verfahren und der Bestimmung von digitalen Anwendungen zur Durchführung der Beratungen. Die Pflegeberatungs-Richtlinien sind für die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen, der Beratungsstellen nach § 7b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie der Pflegestützpunkte nach § 7c unmittelbar verbindlich. Die Festlegungen über technische Verfahren nach Satz 4 sind im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu treffen.

(1b) Der Medizinische Dienst Bund erlässt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen Richtlinien zur Feststellung des Zeitanteils, für den 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 oder die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat. Von den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 sind dabei nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen. Im Übrigen gilt § 17a Absatz 1 Satz 2 bis 6 entsprechend.

(1c) Der Medizinische Dienst Bund erlässt mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken, unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste verbindliche Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sind zu beteiligen. 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.

(2) Die Richtlinien nach den Absätzen 1, 1a, 1b und 1c werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.<sup>22</sup>

---

## 22 ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat in Abs. 1 Satz 3 „Abs. 2“ durch „Abs. 3“ ersetzt.

01.07.2001.—Artikel 10 Nr. 8 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 1 Satz 2 „Behinderten“ durch „behinderten Menschen“ ersetzt.

07.11.2001.—Artikel 219 Nr. 3 lit. a der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 2 Satz 1 und 2 jeweils „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

Artikel 219 Nr. 3 lit. b derselben Verordnung hat in Abs. 2 Satz 3 „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

28.11.2003.—Artikel 212 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 2 Satz 1 bis 3 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

08.11.2006.—Artikel 264 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 2 Satz 1 bis 3 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.07.2008.—Artikel 8 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen im Interesse einer einheitlichen Rechtsanwendung gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen Richtlinien zur näheren Abgrenzung der in § 14 genannten

Merkmale der Pflegebedürftigkeit, der Pflegestufen nach § 15 und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit.“

Artikel 8 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „Sie haben“ durch „Er hat“ ersetzt.

Artikel 8 Nr. 5 lit. c desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich Richtlinien zur Anwendung der Härtefallregelungen des § 36 Abs. 4 und des § 43 Abs. 3.“

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Abs. 1a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Absatz 1“ durch „den Absätzen 1 und 1a“ ersetzt.

01.11.2016.—Artikel 2a Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233) hat Abs. 1a eingefügt.

Artikel 2a Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Absätzen 1 und 1a“ durch „Absätzen 1, 1a und 1b“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 8 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Der 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 näheren Abgrenzung der in § 14 genannten Merkmale der Pflegebedürftigkeit, der Pflegestufen nach § 15 und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime sowie die Verbände der privaten ambulanten Dienste zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Richtlinien zur Anwendung der Härtefallregelungen des § 36 Abs. 4 und des § 43 Abs. 3.“

Artikel 2a Nr. 1 lit. b des Gesetzes vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233) hat in Abs. 1b Satz 3 „bis 4“ durch „bis 6“ ersetzt.

19.12.2019.—Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat Abs. 1a neu gefasst. Abs. 1a lautete:

„(1a) Der 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). An 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. Den 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.“

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Richtlinien der Pflegekassen“.

Artikel 10 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch „Medizinische Dienst Bund“ und „unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 4 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 1 „der Krankenkassen“ durch „Bund“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 4 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1b Satz 1 „Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Kranken-

§ 17a<sup>23</sup>

kassen bis zum 30. November 2016“ durch „Medizinische Dienst Bund erlässt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 4 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 4 und 5 in Abs. 1b aufgehoben. Die Sätze 4 und 5 lauteten: „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt eine wissenschaftliche Evaluation der Richtlinien in Auftrag. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist bis zum 31. Dezember 2018 zu veröffentlichen.“

29.10.2020.—Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat in Abs. 1b Satz 1 „oder die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches“ nach „Buches“ eingefügt.

01.01.2021.—Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat in Abs. 1a Satz 4 „Dienstes der Krankenkassen“ durch „Dienstes Bund“ ersetzt.

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 1a Satz 4 „ , sowie bis zum 31. Dezember 2021 um Regelungen zur Nutzung von digitalen Anwendungen nach § 7a Absatz 2 einschließlich der Festlegungen über technische Verfahren und der Bestimmung von digitalen Anwendungen zur Durchführung der Beratungen“ am Ende eingefügt.

Artikel 5 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a Satz 6 eingefügt.

01.10.2023.—Artikel 1 Nr. 9 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 1 Satz 1 „§ 18“ durch „den §§ 18 bis 18c“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 9 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 6 „und 3“ nach „Satz 2“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 9 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1c eingefügt.

Artikel 1 Nr. 9 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Absätzen 1, 1a und 1b“ durch „Absätzen 1, 1a, 1b und 1c“ ersetzt.

## 23 QUELLE

25.07.2015.—Artikel 6 Nr. 1b des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat die Vorschrift eingefügt.

## ÄNDERUNGEN

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Sätze 1 bis 3 in Abs. 4 durch die Sätze 1 und 2 ersetzt. Die Sätze 1 bis 3 lauteten: „Die Richtlinien nach Absatz 1 werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Das Bundesministerium für Gesundheit darf die Genehmigung erst nach Inkrafttreten eines Gesetzes, das einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einführt, erteilen. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden.“

## AUFHEBUNG

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 9 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

**„§ 17a Vorbereitung der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs**

(1) Um die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sicherzustellen, hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Begutachtungsverfahren) nach § 17 in Verbindung mit § 53a Satz 1 Nummer 2 entsprechend den Maßgaben des Absatzes 2 zu ändern. Er hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Pflegeberufe, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime sowie die Verbände der privaten ambulanten Dienste zu beteiligen. Die auf Bundesebene 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. § 118 Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend. Die geänderten Richtlinien sind dem Bundesministerium für Gesundheit innerhalb von neun Monaten ab dem 25. Juli 2015 zur Genehmigung vorzulegen.

(2) Mit dem Begutachtungsverfahren ist festzustellen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Bei der

## § 18 Beauftragung der Begutachtung

(1) Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter mit der Prüfung, ob bei der zu begutachtenden Person die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Sie übermitteln die Aufträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit an den Medizinischen Dienst oder an die von ihnen beauftragten Gutachterinnen und Gutachter. Die Übermittlung eines Auftrags hat innerhalb von drei Arbeitstagen ab Eingang des Antrags auf Pflegeleistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 in gesicherter elektronischer Form zu erfolgen; eine davon abweichende Form der Auftragsübermittlung ist bis einschließlich 30. November 2023 zulässig. Der Medizinische Dienst Bund regelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 bis spätestens

---

Abstufung der Pflegegrade sind Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte zu berücksichtigen. Das Begutachtungsverfahren muss die Zuordnung der Pflegebedürftigen zu einem der folgenden fünf Pflegegrade ermöglichen:

1. geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit,
2. erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit,
3. schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit,
4. schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder
5. schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Im Begutachtungsverfahren sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen, um eine umfassende Beratung und Pflege- und Hilfeplanung zu ermöglichen.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen unverzüglich in einem Zeitplan Zielvorgaben für die Änderung der Richtlinien zum Begutachtungsverfahren fest. Der Zeitplan kann vom Bundesministerium für Gesundheit nur im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen geändert werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen ist verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen unverzüglich Auskunft insbesondere über den Bearbeitungsstand der Richtlinien zum Begutachtungsverfahren sowie über Problembereiche und mögliche Lösungen zu erteilen.

(4) Eine Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 1 wird frühestens am 1. Januar 2017 wirksam. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. § 17 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend. Die Nichtbeanstandung der Richtlinien zum Begutachtungsverfahren kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung dieser Auflagen eine angemessene Frist setzen.

(5) Wird eine Zielvorgabe des Zeitplanes nach Absatz 3 Satz 1 nicht fristgerecht erreicht und ist deshalb die fristgerechte Änderung der Richtlinien zum Begutachtungsverfahren gefährdet oder werden Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit die Richtlinien zum Begutachtungsverfahren selbst erlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann sich bei der Erarbeitung der Richtlinien zum Begutachtungsverfahren von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen. Die vom Bundesministerium für Gesundheit erlassenen Richtlinien zum Begutachtungsverfahren sind im Bundesanzeiger und die tragenden Gründe im Internet bekanntzumachen. Die Bekanntmachung der Richtlinien muss auch einen Hinweis auf die Fundstelle der Veröffentlichung der tragenden Gründe im Internet enthalten.

(6) Die Richtlinien zum Begutachtungsverfahren sind für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung verbindlich.“

zum 31. Oktober 2023, welche Unterlagen zwingend zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

(2) Die Pflegekassen können den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachterinnen und 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 oder die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat. Von den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 sind nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen. Bei der Prüfung des Zeitanteils sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1b zu beachten.

(3) Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller eine Liste zu übersenden, in der mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl benannt werden,

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

Der Antragsteller ist auf die Qualifikation und auf die Unabhängigkeit der benannten Gutachterinnen und Gutachter hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für eine benannte Gutachterin oder einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch entsprochen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachterinnen und Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse eine Gutachterin oder einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. Satz 1 Nummer 2 findet keine Anwendung, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.

(4) Die Pflegekassen und die Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachtern die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, soweit diese jeweils für die Begutachtung erforderlich sind. Die Pflegekassen haben die Unterlagen in gesicherter elektronischer Form weiterzuleiten; eine davon abweichende Form der Weiterleitung der Unterlagen ist bis einschließlich 30. November 2023 zulässig. Für die Pflegekassen und die Krankenkassen gilt § 276 Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches entsprechend.<sup>24</sup>

---

## 24 ÄNDERUNGEN

01.07.2001.—Artikel 10 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 10 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 3 „vorrangigen Leistungen zur“ nach „einschließlich der“ eingefügt.

Artikel 10 Nr. 9 lit. c und d desselben Gesetzes hat Abs. 3 bis 6 in Abs. 4 bis 7 unnummeriert und Abs. 3 eingefügt.

Artikel 10 Nr. 9 lit. e desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 6 Satz 1 „Maßnahmen zur“ durch „Leistungen zur medizinischen“ ersetzt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 2a lit. a des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 1 neu gefasst. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Die Prüfung erfolgt durch eine Befragung des Versicherten und seiner pflegenden Angehörigen zum Hilfebedarf bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens und eine sich anschließende Untersuchung des Versicherten. Im Rahmen dieser Prüfungen hat der Medizinische Dienst auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der vorrangigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation mit Ausnahme von Kuren.“

Artikel 1 Nr. 2a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „im Krankenhaus“ nach „Begutachtung“ durch „in der Einrichtung“ ersetzt sowie „dort“ nach „die Begutachtung“ und „nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse“ nach „Woche“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2a lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 2 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 9 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Im Rahmen dieser Prüfungen hat der Medizinische Dienst durch eine Untersuchung des Antragstellers die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4 festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit zu ermitteln.“

Artikel 1 Nr. 9 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „ambulanten“ nach „auf Leistungen zur“ und „mit Ausnahme von Kuren“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, 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.“

Artikel 1 Nr. 9 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 6 neu gefasst. Abs. 6 lautete:

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

Artikel 1 Nr. 9 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 2 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2564) hat in Abs. 3 Satz 3 Nr. 2 das Komma durch „oder“ ersetzt und Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 eingefügt.

Artikel 3 Nr. 2 desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 5 „oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetz vereinbart“ nach „angekündigt“ eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 4 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 1 Satz 1 „haben durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen“ durch „beauftragen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „hat“ durch „haben“ ersetzt und „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter“ nach „Dienst“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „hat“ durch „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter“ nach „Krankenversicherung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „soll“ durch „ist“ und „mitgeteilt werden“ durch „mitzuteilen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 5 lautete: „Befindet 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 spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst an die Pflegekasse weiterleitet.“

Artikel 1 Nr. 4 lit. c litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 7 „oder der beauftragten Gutachter“ nach „Dienstes“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. c litt. ee desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 8 bis 10 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 3b eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „soll“ durch „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter sollen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachtern“ nach „Dienst“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. g litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „hat“ durch „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben“ ersetzt und „oder ihrer“ nach „seiner“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. g litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 2 „oder ihrer“ nach „seiner“ und „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter“ nach „Dienst“ eingefügt sowie „hat“ durch „haben“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. g litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 4 lit. h desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 4 eingefügt.

01.06.2013.—Artikel 1 Nr. 4 lit. d des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat Abs. 3a eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 3a des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat Abs. 3a Satz 6 eingefügt.

25.07.2015.—Artikel 6 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat Abs. 1 Satz 4 eingefügt.

Artikel 6 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 3 „zur Prävention und“ nach „Feststellungen“ eingefügt und „Präventions- und“ nach „gesonderten“ eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2a, 2b und 2c eingefügt.

Artikel 1 Nr. 13 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „fünf Wochen“ durch „25 Arbeitstage“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 13 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 3a Satz 1 Nr. 2 „vier Wochen“ durch „20 Arbeitstage“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 13 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 3b Satz 1 „fünf Wochen“ durch „25 Arbeitstagen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 13 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 3 „auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zu treffen und“ nach „Gutachter“ eingefügt.

01.11.2016.—Artikel 2a Nr. 2 lit. b des Gesetzes vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233) hat Abs. 3b Satz 5 eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 10 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 1 „welche Stufe der Pflegebedürftigkeit“ durch „welcher Pflegegrad“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Im Rahmen dieser Prüfungen haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter durch eine Untersuchung des Antragstellers die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4 festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit und das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a zu ermitteln.“

Artikel 2 Nr. 10 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Eine Prüfung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a vorliegt, erfolgt auch bei Versicherten, die in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden.“

Artikel 2 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 8 und 9 in Abs. 3 durch die Sätze 8 bis 11 ersetzt. Die Sätze 8 und 9 lauteten: „Der Antragsteller hat ein Recht darauf, dass mit dem Bescheid das Gutachten übermittelt wird. Bei der Begutachtung ist zu erfassen, ob der Antragsteller von diesem Recht Gebrauch machen will.“

Artikel 2 Nr. 10 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3b Satz 2 „stationärer“ durch „vollstationärer“ und „als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt“ durch „bei ihm mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens Pflegegrad 2) festgestellt“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 5a eingefügt.

Artikel 2 Nr. 10 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 6a eingefügt.

Artikel 2a Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233) hat Abs. 1a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6b des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat Satz 1 in Abs. 6 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben der Pflegekasse das Ergebnis seiner oder ihrer Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich zu übermitteln.“

11.05.2019.—Artikel 10 Nr. 2 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 6a Satz 3 „oder elektronisch“ nach „schriftlich“ eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 1, Abs. 1a Satz 1 und Abs. 2a Satz 1 jeweils „der Krankenversicherung“ nach „Dienst“ gestrichen.

Artikel 10 Nr. 5 lit. b und c desselben Gesetzes hat Abs. 2b aufgehoben und Abs. 2c in Abs. 2b unnummeriert. Abs. 2b lautete:

„(2b) Die Frist nach Absatz 3 Satz 2 ist vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2016 unbeachtlich. Abweichend 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. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs. Die 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.“

Artikel 10 Nr. 5 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 und 5 jeweils „der Krankenversicherung“ nach „Medizinischen Dienst“ gestrichen.

Artikel 10 Nr. 5 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 11 „Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert“ durch „Medizinische Dienst Bund konkretisiert im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 5 lit. d litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 13 eingefügt.

Artikel 10 Nr. 5 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 5a Satz 4 „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt und „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ nach „Kriterien“ eingefügt.

Artikel 10 Nr. 5 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 und Abs. 6a Satz 1 jeweils „der Krankenversicherung“ nach „Dienst“ gestrichen.

Artikel 10 Nr. 5 lit. g desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 7 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen.“

01.01.2021.—Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat Satz 5 in Abs. 6a neu gefasst. Satz 5 lautete: „Bis 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.“

01.10.2023.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

**„§ 18 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

(1) Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt. Im 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. Darüber 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. Jede 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) Die Pflegekassen können den Medizinischen Dienst oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragen, für welchen Zeiteanteil 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. Von den Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 sind nur Maßnahmen der körperbezogenen Pflege zu berücksichtigen. Bei der Prüfung des Zeiteanteils sind die Richtlinien nach § 17 Absatz 1b zu beachten.

(2) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis,



kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt. Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.

(2a) Bei 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 oder anderen unabhängigen Gutachtern empfohlen wurde. Abweichend von Satz 1 können Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden, wenn eine Verringerung des Hilfebedarfs, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen, zu erwarten ist.

(2b) 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) Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter. Dem Antragsteller ist spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Befindet 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. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. Befindet 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 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. In den Fällen der Sätze 3 bis 5 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt. Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachter bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der 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. Das Gutachten wird dem Antragsteller durch die Pflegekasse übersandt, sofern er der Übersendung nicht widerspricht. Das Ergebnis des Gutachtens ist transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern. Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen. Die Pflegekasse hat den Antragsteller auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich an die Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 des Fünften Buches zu wenden.

(3a) Die 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.

Auf die Qualifikation und Unabhängigkeit des Gutachters ist der Versicherte hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen. Der 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. Die Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. Satz 1 Nummer 2 gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat.

(3b) Erteilt 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. Dies 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. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Die 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. Die Sätze 1 bis 3 finden vom 1. November 2016 bis zum 31. Dezember 2017 keine Anwendung.

(4) Der 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. Mit Einverständnis des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.

(5) Die 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. § 276 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(5a) Bei der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen. Mit 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. Hierbei 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.

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

(6) Der Medizinische Dienst 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. In 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. Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter auf

### § 18a Begutachtungsverfahren

(1) Im Rahmen der Prüfung nach § 18 Absatz 1 Satz 1 haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und 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.

(2) Der Versicherte ist in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Hinsichtlich der Grenzen der Mitwirkung des Versicherten und der Folgen fehlender Mitwirkung gelten die §§ 65 und 66 des Ersten Buches. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen. Abweichend von Satz 1 kann die Begutachtung ausnahmsweise auch ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich erfolgen, wenn

1. auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht oder
2. bei einer Krisensituation von nationaler Tragweite oder, bezogen auf den Aufenthaltsort des Versicherten, von regionaler Tragweite der Antrag auf Pflegeleistungen während der Krisensituation gestellt wird oder ein Untersuchungstermin, der bereits vereinbart war, in den Zeitraum einer Krisensituation fällt.

Eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 setzt voraus, dass die Krisensituation einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich entgegensteht; der Wunsch des Versicherten, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, ist zu berücksichtigen. Grundlage für eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2 bilden die zum Versicherten zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie die Angaben und Auskünfte, die beim Versicherten, seinen Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen einzuholen sind. Das Nähere zu den Voraussetzungen und die weiteren, insbesondere inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten für eine Begutachtung nach Satz 5 Nummer 2

---

der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zu treffen und in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

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

(7) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Pflegefachkräfte oder Ärztinnen und Ärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Die 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. Der Medizinische Dienst ist befugt, den Pflegefachkräften oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln. Für andere unabhängige Gutachter gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.“

konkretisiert der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis spätestens 31. Oktober 2023 in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1.

(3) Bei der Begutachtung sind darüber hinaus die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den Bereichen außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung festzustellen. Beide Bereiche werden bei der rechnerischen Ermittlung des Pflegegrades nicht gesondert berücksichtigt; § 14 Absatz 3 bleibt unberührt. Mit den Feststellungen nach Satz 1 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. Bei der Feststellung nach Satz 1 ist im Einzelnen auf die nachfolgenden Kriterien abzustellen:

1. in Bezug auf außerhäusliche Aktivitäten: Verlassen des Bereiches 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 Tagesbetreuungsangebots, Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen;
2. in Bezug auf 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.

Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die in Satz 4 genannten Kriterien für die Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen pflegefachlich unter Berücksichtigung der Ziele nach Satz 3.

(4) Im Übrigen erstreckt sich die Begutachtung auf die im Gutachten gemäß § 18b darzulegenden Feststellungen und Empfehlungen.

(5) Die Begutachtung ist unverzüglich, spätestens am fünften Arbeitstag nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen, wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und

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

Die Frist nach Satz 1 kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist nach Satz 1 oder Satz 2 gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird.

(6) Befindet 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, so ist

1. eine Begutachtung des Antragstellers spätestens innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und
2. der Antragsteller vom Medizinischen Dienst oder von der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin oder von dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter an die Pflegekasse weiterleitet.

(7) In den Fällen der Absätze 5 und 6 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt und ob mindestens die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 erfüllt sind. Die abschließende Begutachtung des Versicherten ist unverzüglich nachzuholen. Nimmt der Versicherte unmittelbar im Anschluss an den Aufenthalt in einem Krankenhaus, einschließlich eines Aufenthalts im Rahmen der Übergangspflege nach § 39e des Fünften Buches, oder im Anschluss an den Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung Kurzzeitpflege in Anspruch, hat die abschließende Begutachtung spätestens am zehnten Arbeitstag nach Beginn der Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung zu erfolgen.

(8) Der 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 die Pflegeplanung hinzuweisen. Die Zustimmung des Versicherten nach § 18b Absatz 3 Satz 1 erfolgt gegenüber der Gutachterin oder dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung und wird im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch dokumentiert. Gleiches gilt spätestens ab 1. November 2023 für die Zustimmung des Versicherten nach § 18c Absatz 3 Satz 3. Über die Möglichkeiten nach § 18c Absatz 4 Satz 3 und 4 und das Erfordernis der Einwilligung ist der Antragsteller bei der Begutachtung zu informieren; die Einwilligung ist jeweils schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

(9) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragte Gutachterin oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter soll, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärztinnen und behandelnden Ärzte des Antragstellers, insbesondere die Hausärztin oder den Hausarzt, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie über Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. Mit Einwilligung des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.

(10) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Pflegefachkräfte oder Ärztinnen und Ärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachterinnen und Gutachter mit einer Qualifikation als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann, als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen. Der Medizinische Dienst ist befugt, den Pflegefachkräften oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln.

(11) Für andere unabhängige Gutachterinnen und Gutachter gilt Absatz 10 entsprechend. Die unabhängigen Gutachterinnen und Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen.

(12) Für die Gutachterinnen und Gutachter, die von den die private Pflege-Pflichtversicherung betreibenden Versicherungsunternehmen beauftragt werden, Pflegebedürftigkeit festzustellen und Pflegegrade zuzuordnen, gilt § 23 Absatz 6 Nummer 1.<sup>25</sup>

---

## 25 QUELLE

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

## ÄNDERUNGEN

25.07.2015.—Artikel 6 Nr. 3 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat in Abs. 1 Satz 1 „Präventions- und“ nach „gesonderte“ und „zur Prävention oder“ nach „Maßnahme“ eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 2 Satz 1 „2015“ durch „2018“ ersetzt und „die Anwendung eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung und“ nach „über“ eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 10 Nr. 3 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 2 Satz 1 „2013 bis 2018“ durch „ab 2013“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 6 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 2 Satz 1 und 2 Nr. 1 jeweils „der Krankenversicherung“ nach „Dienste“ gestrichen.

29.10.2020.—Artikel 3 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat Abs. 1 Satz 3 bis 6 eingefügt.

Artikel 3 Nr. 3 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt, in Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 und 6 eingefügt.

Artikel 3 Nr. 3 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 5 eingefügt.

01.10.2023.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

**„§ 18a Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten**

(1) Spätestens 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. Die 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. Mit Einwilligung des Antragstellers leitet die Pflegekasse die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung und die Informationen nach Satz 2 auch seinen Angehörigen, Personen seines Vertrauens, Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Antragsteller versorgen, oder der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch zu. Sobald der Pflegekasse die Information über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers nach § 31 Absatz 3 Satz 4 vorliegt, leitet sie diese Information unverzüglich dem Medizinischen Dienst sowie mit Einwilligung des Antragstellers auch an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt sowie an Angehörige des Antragstellers, Personen seines Vertrauens oder an Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Antragsteller versorgen, schriftlich oder elektronisch weiter. Über die Möglichkeiten nach den Sätzen 3 und 4 und das Erfordernis der Einwilligung ist der Antragsteller durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen und Gutachter im Rahmen der Begutachtung zu informieren. Die Einwilligung ist schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

(2) Die 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 oder der beauftragten Gutachter zur medizinischen Rehabilitation. Hierzu wird insbesondere Folgendes gemeldet:

1. die Anzahl der Empfehlungen der Medizinischen Dienste 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,
4. die Anzahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen,
5. die Gründe, warum Versicherte nicht in die Weiterleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den Rehabilitationsträger nach § 31 Absatz 3 Satz 1 einwilligen, soweit diese der Pflegekasse bekannt sind, und inwiefern die zuständige Pflegekasse hier tätig geworden ist und
6. die Maßnahmen, die die Pflegekassen im jeweiligen Einzelfall regelmäßig durchführen, um ihren Aufgaben nach Absatz 1 und § 31 Absatz 3 nachzukommen.

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

### § 18b Inhalt und Übermittlung des Gutachtens

(1) Das Gutachten des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter beinhaltet

1. die Feststellungen, die in der Begutachtung nach § 18a vorzunehmen sind, insbesondere das Ergebnis der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt, sowie
2. Feststellungen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind; Empfehlungen auszusprechen sind insbesondere zu
  - a) Maßnahmen der Prävention,
  - b) Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation,
  - c) Maßnahmen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung,
  - d) Maßnahmen zur Heilmittelversorgung,
  - e) anderen therapeutischen Maßnahmen,
  - f) Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds,
  - g) edukativen Maßnahmen und
  - h) einer Beratung zu Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention nach § 20 Absatz 5 des Fünften Buches.

Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die gutachterliche Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

(2) Die Feststellungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation sind auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zu treffen und in einer gesonderten Präventions- und Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Im Umfang des nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe b festgestellten Bedarfs an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf diese Leistungen.

(3) Die im Gutachten gegebenen konkreten Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung gelten hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen von § 40 dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. Bezüglich der empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen nach § 40 dienen, wird das Vorliegen der nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches notwendigen Erforderlichkeit vermutet; insofern bedarf es keiner ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches. Bezüglich der empfohlenen Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 vermutet. Welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel im Sinne von Satz 1 den Zielen von § 40 dienen, wird in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 konkretisiert. Dabei ist auch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches über die Verordnung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen.

(4) Das vollständige Gutachten muss vom Medizinischen Dienst oder von der von der Pflegekasse beauftragten Gutachterin oder von dem von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich der Pflegekasse in gesicherter elektronischer Form übermittelt werden; eine davon abweichende Form der Übermittlung ist noch bis einschließlich 30. November 2023 zulässig.<sup>26</sup>

---

sundheit. Die für die Aufsicht über die Pflegekasse zuständige Stelle erhält von der jeweiligen Pflegekasse ebenfalls den Bericht.

(3) Der 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. Der 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. Der 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.“

### § 18c Entscheidung über den Antrag, Form

(1) Ihre Entscheidung über einen Antrag nach § 33 Absatz 1 Satz 1 hat die zuständige Pflegekasse dem Antragsteller spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags schriftlich mitzuteilen. In den Fällen einer verkürzten Begutachtungsfrist nach § 18a Absatz 5 und 6 hat die schriftliche Entscheidung der Pflegekasse dem Antragsteller gegenüber unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachterinnen oder Gutachter bei der Pflegekasse zu erfolgen.

(2) Zusammen mit dem Bescheid wird dem Antragsteller das Gutachten übersandt, sofern er der Übersendung des Gutachtens nicht widerspricht. Mit dem Bescheid ist zugleich das Ergebnis des Gutachtens transparent darzustellen und dem Antragsteller verständlich zu erläutern. Der Medizinische Dienst Bund konkretisiert im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die Anforderungen an eine transparente Darstellungsweise und verständliche Erläuterung des Gutachtens. Die Pflegekasse hat den Antragsteller ebenfalls auf die maßgebliche Bedeutung des Gutachtens im Sinne des § 18a Absatz 8 Satz 1 hinzuweisen. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen. Die Pflegekasse hat den Antragsteller auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich an die Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 des Fünften Buches zu wenden.

(3) Die Pflegekasse übermittelt dem Antragsteller unverzüglich die Entscheidung über die in dem Gutachten empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel und weist ihn zugleich auf die zur Auswahl stehenden Leistungserbringer hin. Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung nach Absatz 1 Satz 1 informiert die Pflegekasse den Antragsteller über die Bedeutung der empfohlenen

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

#### ÄNDERUNGEN

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Der 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.“

Artikel 10 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die“ durch „Die“ ersetzt.

01.10.2023.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

#### „§ 18b Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren

(1) Der Medizinische Dienst Bund erlässt mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken, unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste verbindliche Richtlinien. 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) Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.“



Heilmittel und klärt ihn über die Regelung nach § 32 Absatz 1a des Fünften Buches auf. Die Pflegekasse leitet eine Mitteilung über die empfohlenen Heilmittel der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch zu, wenn der Antragsteller in die Weiterleitung einwilligt.

(4) Spätestens 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 Gutachterinnen oder 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. Die 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. Mit Einwilligung des Antragstellers leitet die Pflegekasse die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung und die Informationen nach Satz 2 auch seinen Angehörigen, Personen seines Vertrauens, Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Antragsteller versorgen, oder der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich oder elektronisch zu. Sobald der Pflegekasse die Information über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers nach § 31 Absatz 3 Satz 4 vorliegt, leitet sie diese Information unverzüglich dem Medizinischen Dienst sowie mit Einwilligung des Antragstellers auch an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt sowie an Angehörige des Antragstellers, Personen seines Vertrauens oder an Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Antragsteller versorgen, schriftlich oder elektronisch weiter.

(5) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in § 18a Absatz 5 und 6 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies 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 sind. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Liegt ein Verzögerungsgrund vor, den die Pflegekasse nicht zu vertreten hat, so ist der Lauf der Frist nach Satz 1 so lange unterbrochen, bis die Verzögerung beendet ist; mit Beendigung der Verzögerung läuft die Frist weiter. Die Frist nach Satz 1 beginnt mit Antragstellung gemäß § 33 Absatz 1. Der Lauf der Frist von 25 Arbeitstagen nach Satz 1 bleibt von einer Entscheidung der Pflegekasse nach Absatz 1 Satz 2 unberührt. Die Pflegekasse hat den Antragsteller nach Eingang seines Antrags nach § 33 Absatz 1 Satz 1 auf die Frist für ihre Entscheidung sowie die verkürzten Begutachtungsfristen und die Folgen der Nichteinhaltung der Fristen hinzuweisen.

(6) Wird der Antragsteller von der Pflegekasse aufgefordert, zur Beauftragung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit noch zwingend erforderliche Unterlagen im Sinne des § 18 Absatz 1 Satz 4 einzureichen, so sind die Fristen nach den Absätzen 1 und 5 Satz 1 so lange unterbrochen, bis die geforderten Unterlagen bei der Pflegekasse eingegangen sind; mit Eingang der Unterlagen läuft die Frist weiter. Die Unterbrechung beginnt mit dem Tag, an dem dem Antragsteller die Aufforderung zur Einreichung der noch fehlenden Unterlagen zugeht.<sup>27</sup>

---

## 27 QUELLE

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 15 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift eingefügt.

## ÄNDERUNGEN

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 8 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 2 „Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch „Dienst Bund“ ersetzt.

01.10.2023.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

### **§ 18d Berichtspflichten und Statistik zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

(1) Die Pflegekassen berichten dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen 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 oder der beauftragten Gutachterinnen und Gutachter zur medizinischen Rehabilitation. Hierzu wird von den Pflegekassen insbesondere Folgendes an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeldet:

1. die Anzahl der Empfehlungen der Medizinischen Dienste und der beauftragten Gutachterinnen und 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 eine Ablehnung sowie die Anzahl der Widersprüche,

---

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

(1) Das 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 pflegfachlicher und wissenschaftlicher Kompetenz unterstützt. Aufgabe des Begleitgremiums ist, das Bundesministerium für Gesundheit bei der Klärung fachlicher Fragen zu beraten und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, den Medizinischen Dienst Bund sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bei der Vorbereitung der Umstellung zu unterstützen. Dem 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) Das 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. Die 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. Im 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 pflegfachlichen 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.

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

4. die Anzahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen,
5. die Gründe, aus denen Versicherte nicht in die Weiterleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den Rehabilitationsträger nach § 31 Absatz 3 Satz 1 einwilligen, soweit diese der Pflegekasse bekannt sind, und inwieweit die zuständige Pflegekasse hier tätig geworden ist, und
6. die Maßnahmen, die die Pflegekassen im jeweiligen Einzelfall regelmäßig durchführen, um ihre Aufgaben nach § 18c Absatz 4 und § 31 Absatz 3 zu erfüllen.

Die Meldung durch die Pflegekassen erfolgt bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres. Näheres über das Verfahren und die Inhalte der Meldung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Die Pflegekasse leitet die Meldung zusätzlich der für die Aufsicht über sie zuständigen Stelle zu.

(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bereitet die nach Absatz 1 gemeldeten 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. Er 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. Der 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.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit für die Geschäftsjahre ab 2024 jährlich bis zum 30. Juni des Folgejahres über Daten, die im Zusammenhang mit den Anträgen auf Pflegeleistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und dem weiteren Verfahren bei den Pflegekassen stehen, und über die daraus abzuleitenden Erkenntnisse; dabei ist jeweils nach Erst- und Höherstufungsanträgen zu differenzieren. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen. Von den Pflegekassen sind insbesondere folgende Daten an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu melden:

1. die Anzahl der bei den zuständigen Pflegekassen eingegangenen Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung sowie jeweils die Fallzahlen, in denen eine Entscheidung nach § 18c Absatz 1 Satz 1 ergangen ist, und die Fallzahlen der abgelehnten Anträge sowie die Anzahl der Arbeitstage ab Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse bis zur schriftlichen Mitteilung der Entscheidung der Pflegekasse nach § 18c Absatz 1 Satz 1,
2. die Anzahl an Fällen, in denen die Fristen nach § 18c Absatz 1 Satz 1 und nach § 18a Absatz 5 und 6 nicht eingehalten wurden, jeweils unter Angabe der Gründe, die für die Nichteinhaltung der Frist ursächlich waren,
3. die Anzahl an Fällen, in denen eine pauschale Zusatzzahlung nach § 18c Absatz 5 Satz 1 geleistet sowie die Anzahl an Fällen, in denen der antragstellenden Person nach § 18 Absatz 3 Satz 1 mindestens drei unabhängige Gutachterinnen oder Gutachter zur Auswahl benannt wurden,
4. die Anzahl an Fällen, in denen der Antragsteller eine Untersuchung verweigert hat,
5. die Anzahl an Fällen, in denen im Gutachten Empfehlungen für Heilmittel abgegeben wurden, und die Anzahl an Fällen, in denen die Pflegekasse eine Mitteilung über empfohlene Heilmittel an den Arzt oder die Ärztin des Antragstellers weitergeleitet hat, jeweils unterteilt nach Art der Heilmittel,
6. die Anzahl an Fällen, in denen Widerspruch gegen die Entscheidung der Pflegekasse nach § 18c Absatz 1 Satz 1 und § 18a Absatz 5 und 6 eingelegt wurde, unter Angabe der Gründe, auf die der Widerspruch jeweils gestützt wurde, sowie die Anzahl an zurückgewiesenen und stattgegebenen Widersprüchen, jeweils unter Angabe der Entscheidungsgründe und der Dauer des Widerspruchsverfahrens (bis zur schriftlichen Mitteilung der Entscheidung der Pflegekasse), und, soweit zum Zeitpunkt der Berichtslegung bekannt, in wie vielen Fällen nach erfolglosem Widerspruchsverfahren Klage erhoben worden ist.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die gemeldeten Daten vor der Berichtslegung aufzubereiten und auf Plausibilität zu prüfen. Für die Berichterstattung über das Geschäftsjahr 2025 beauftragt er eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit einer Evaluation hinsichtlich der Ergebnisse und Wirkungen der Zuleitung von Mitteilungen zu empfohlenen Heilmitteln nach § 18c Absatz 3 Satz 3. Der Bericht über das Geschäftsjahr 2025 hat sich zum Ergebnis der Evaluation zu verhalten; das Ergebnis der Evaluation ist dem Bericht beizufügen.

(4) Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen veröffentlichen jährlich jeweils bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres eine Statistik über die Einhaltung der Fristen nach § 18a Absatz 5 und 6 und § 18c Absatz 1 Satz 1.<sup>28</sup>

### **§ 18e Weiterentwicklung des Verfahrens zur Pflegebegutachtung durch Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen**

(1) Der Medizinische Dienst Bund und die Medizinischen Dienste können Modellvorhaben, Studien und wissenschaftliche Expertisen zur Weiterentwicklung der den Medizinischen Diensten nach den § 18 bis 18b zugewiesenen Aufgaben durchführen. Für die Durchführung ist eine Vereinbarung mit den Pflegekassen erforderlich.

(2) Ziel, Dauer, Inhalt und Durchführung eines Modellvorhabens, einer Studie oder einer wissenschaftlichen Expertise sind im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu bestimmen.

(3) Für die Beauftragung und Durchführung der Modellvorhaben, der Studien und der wissenschaftlichen Expertisen kann der Medizinische Dienst Bund aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bis zu 500 000 Euro im Kalenderjahr nutzen. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der Medizinische Dienst Bund und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

(4) Bei der Durchführung der Modellvorhaben kann im Einzelfall von der Regelung des § 18a und insoweit von den Richtlinien nach § 53d Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 abgewichen werden. Pflegebedürftige dürfen dadurch jedoch nicht benachteiligt werden.

(5) Für jedes Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Personenbezogene Daten dürfen im Rahmen der Modellvorhaben nur verarbeitet werden, wenn die betroffene Person eingewilligt hat.

(6) Der Medizinische Dienst Bund beauftragt im Rahmen eines Modellvorhabens nach den Absätzen 1 bis 5 bis spätestens 31. Oktober 2023 eine wissenschaftliche Studie zu den Auswirkungen, die ein ersatzweiser oder ergänzender Einsatz telefonischer und digitaler Kommunikationsmittel bei der Untersuchung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit auf das Begutachtungsverfahren und das Begutachtungsergebnis, insbesondere im Vergleich zu einer Begutachtung im Wohnbereich des Versicherten nach § 18a Absatz 2 Satz 1, mit sich bringt, und erstellt einen Abschlussbericht. Der Abschlussbericht und der Studienbericht sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. September 2024 vorzulegen. Absatz 3 findet Anwendung.<sup>29</sup>

### **§ 19 Begriff der Pflegeperson**

Pflegepersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige

---

**28** QUELLE  
01.10.2023.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Vorschrift eingefügt.

**29** QUELLE  
01.10.2023.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Vorschrift eingefügt.

Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt.<sup>30</sup>

### **Drittes Kapitel Versicherungspflichtiger Personenkreis**

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

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

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind; 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 Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches 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 Arbeitserprobung, es sei denn, die Leistungen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. Behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für Behinderte 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,

---

#### **30 ÄNDERUNGEN**

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat „wenigstens 14 Stunden wöchentlich“ nach „§ 14“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 8 desselben Gesetzes hat Satz 2 eingefügt.

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Satz 2 „pflegebedürftige Person“ durch „oder mehrere pflegebedürftige Personen“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 11 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Satz 2 „14 Stunden wöchentlich“ durch „zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche,“ ersetzt.

01.10.2023.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in der Überschrift „Pflegepersonen“ durch „Pflegerperson“ ersetzt.

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), längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres; 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) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird. Satz 1 gilt nicht für Personen, die im Ausland ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat haben, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

(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) Nehmen Personen, die mindestens zehn Jahre nicht in der sozialen Pflegeversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig waren, eine dem äußeren Anschein nach versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit von 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. Dies gilt insbesondere für eine Beschäftigung bei Familienangehörigen oder Lebenspartnern.<sup>31</sup>

---

### 31 ÄNDERUNGEN

01.01.1998.—Artikel 10 Nr. 1 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) hat Nr. 1 und 2 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 1 und 2 lauteten:

- „1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen, die Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Eingliederungsgeld, Eingliederungshilfe für Spätaussiedler, Unterhaltsgeld oder Altersübergangsgeld nach dem Arbeitsförderungsgesetz beziehen,“.

01.01.2000.—Artikel 3 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 „ohne Arbeitsentgelt“ nach „Tätigkeit“ eingefügt.

Artikel 3 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2a eingefügt.

01.07.2001.—Artikel 4 des Gesetzes vom 13. Juni 2001 (BGBl. I S. 1027) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 11 „Nr. 11“ durch „Nr. 11, 11a“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 „Behinderte“ durch „behinderte Menschen“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 „berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation“ durch „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ und „Maßnahmen“ durch „Leistungen“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 10 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 „, die in nach dem Schwerbehindertengesetz“ durch „Menschen, die in“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 10 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 „Menschen“ nach „Behinderte“ eingefügt.

01.08.2001.—Artikel 3 § 56 Nr. 3 des Gesetzes vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266) hat in Abs. 4 Satz 2 „oder Lebenspartnern“ am Ende eingefügt.

01.01.2002.—Artikel 6 des Gesetzes vom 10. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3443) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 „oder ab Beginn des zweiten Monats der Ruhezeit wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Abs. 2 des Dritten Buches)“ nach „(§ 144 des Dritten Buches)“ eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 10 Nr. 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2848) und Artikel 11 Nr. 1 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 „, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld“ nach „Arbeitslosengeld“ gestrichen.

Artikel 11 Nr. 2 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954) hat Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a eingefügt.

01.01.2007.—Artikel 8 Nr. 1 des Gesetzes vom 24. April 2006 (BGBl. I S. 926) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 „Kurzarbeiter- oder Winterausfallgeld“ durch „Kurzarbeitergeld“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 8 Nr. 6 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) und Artikel 8 Abs. 3 des Gesetzes vom 18. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2984) haben in Abs. 1 Satz 2 Nr. 11 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 eingefügt.

14.09.2007.—Artikel 28 Abs. 5 des Gesetzes vom 7. September 2007 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 „nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten“ durch „Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des Neunten Buches“ ersetzt.

01.01.2011.—Artikel 12 Abs. 7 des Gesetzes vom 24. März 2011 (BGBl. I S. 453) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a „§ 23 Abs. 3“ durch „§ 24 Absatz 3“ ersetzt.

01.04.2012.—Artikel 11 des Gesetzes vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 „§ 144“ durch „§ 159“ und „§ 143 Abs. 2“ durch „§ 157 Absatz 2“ ersetzt.

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 1 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a „soweit sie in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht familienversichert sind“ durch „auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 1c des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 11 „Nr. 11, 11a“ durch „Nr. 11, 11a, 11b“ ersetzt.

01.08.2017.—Artikel 1c des Gesetzes vom 4. April 2017 (BGBl. I S. 778) hat Nr. 2 in Abs. 1 Satz 2 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen, auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist; ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats der Ruhezeit wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) gelten die Leistungen als bezogen.“

01.01.2018.—Artikel 10 Nr. 4 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 „§ 143“ durch „§ 226“ ersetzt und „oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches“ nach „Heimarbeit“ eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 9 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 „, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres“ nach „(Praktikanten)“ eingefügt.

01.01.2023.—Artikel 12 Abs. 11 Nr. 1 des Gesetzes vom 16. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2328) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 2a „Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch“ durch „Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches“ ersetzt.

01.01.2024.—Artikel 8 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 408) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 „die Leistungen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht“ durch „sie gehören zu dem Personenkreis des § 151 des Vierzehnten Buches“ ersetzt.

## § 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, bis zu deren Außerkrafttreten einen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankenbehandlung hatten,
- 1a. nach § 42 Absatz 2, 3 oder 4 des Vierzehnten Buches leistungsberechtigt sind,
2. Kriegsschadenrente oder vergleichbare Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz oder dem Reparationsschädengesetz oder laufende Beihilfe nach dem Flüchtlingshilfegesetz beziehen,
3. nach § 145 Absatz 2 Nummer 4 des Vierzehnten Buches ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz weiter erhalten oder Leistungen zum Lebensunterhalt nach § 93 des Vierzehnten Buches beziehen,
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.<sup>32</sup>

## § 21a Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung bei Mitgliedern von Solidargemeinschaften

(1) Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht für Mitglieder von Solidargemeinschaften, deren Mitgliedschaft gemäß § 176 Absatz 1 des Fünften Buches als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne des § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buches gilt, sofern sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und sie ohne die Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buches versicherungspflichtig wären. Sofern ein Mitglied bereits gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert ist, gilt die Versicherungspflicht nach Satz 1 als erfüllt.

(2) Die in § 176 Absatz 1 des Fünften Buches genannten Solidargemeinschaften haben bei ihren Mitgliedern unverzüglich abzufragen, ob sie in der sozialen Pflegeversicherung oder privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert sind. Die Mitglieder einer Solidargemeinschaft sind verpflichtet, der Solidargemeinschaft innerhalb von drei Monaten nach der Abfrage das Vorliegen eines Pflegeversicherungsschutzes nachzuweisen oder mitzuteilen, dass kein Versicherungsschutz besteht. Wird kein Pflegeversicherungsschutz innerhalb der Frist nach Satz 2 nachgewiesen, hat die Solidar-

---

01.01.2025.—Artikel 9 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 408) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 „oder des § 81 Absatz 3 des Soldatenentschädigungsgesetzes“ nach „Buches“ eingefügt.

### 32 ÄNDERUNGEN

01.01.2024.—Artikel 39 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Nr. 1 „bis zu deren Außerkrafttreten“ nach „vorsehen,“ eingefügt und „haben“ durch „hatten“ ersetzt.

Artikel 39 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat Nr. 3 neu gefasst. Nr. 3 lautete:

„3. ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen beziehen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,“.

Artikel 8 Nr. 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 408) hat Nr. 1a eingefügt.

01.01.2025.—Artikel 46 Nr. 3 des Gesetzes vom 20. August 2021 (BGBl. I S. 3932) hat in Nr. 3 „oder nach § 84 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Nummer 4 des Soldatenentschädigungsgesetzes“ nach „Buches“ eingefügt.



gemeinschaft das Mitglied unverzüglich aufzufordern, sich gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit zu versichern und einen Nachweis darüber innerhalb von sechs Wochen vorzulegen.<sup>33</sup>

### **§ 22 Befreiung von der Versicherungspflicht**

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

(2) Der Antrag kann nur innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse gestellt werden. Die Befreiung wirkt vom Beginn der Versicherungspflicht an, wenn seit diesem Zeitpunkt noch keine Leistungen in Anspruch genommen wurden, sonst vom Beginn des Kalendermonats an, der auf die Antragstellung folgt. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden.<sup>34</sup>

### **§ 23 Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen**

(1) Personen, 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. Der 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. Dabei tritt an die Stelle der Sachleistungen eine der Höhe nach gleiche Kostenerstattung.

(2) Der Vertrag nach Absatz 1 kann auch bei einem anderen privaten Versicherungsunternehmen abgeschlossen werden. Das Wahlrecht ist innerhalb von sechs Monaten auszuüben. Die Frist beginnt mit dem Eintritt der individuellen Versicherungspflicht. Das Recht zur Kündigung des Vertrages wird durch den Ablauf der Frist nicht berührt; 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) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, sind zum Abschluß einer entsprechenden anteiligen beihilfekonformen Versicherung im Sinne des Absatzes 1 verpflichtet, sofern sie nicht nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind. Die 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

---

**33** QUELLE

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 4 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat die Vorschrift eingefügt.

**34** ÄNDERUNGEN

01.08.2001.—Artikel 3 § 56 Nr. 4 des Gesetzes vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266) hat in Abs. 1 Satz 1 „oder Lebenspartner“ nach „Angehörigen“ eingefügt.

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

(4a) Absatz 1 und Absatz 3 gelten entsprechend für Mitglieder von Solidargemeinschaften, deren Mitgliedschaft gemäß § 176 Absatz 1 des Fünften Buches als ein mit dem Anspruch auf freie Heilfürsorge oder einer Beihilfeberechtigung vergleichbarer Anspruch im Sinne des § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Versicherungsvertragsgesetzes gilt und die ohne die Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft nach § 193 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes verpflichtet wären, eine Krankheitskostenversicherung abzuschließen. Eine Kündigung des Versicherungsvertrages wird bei fortbestehender Versicherungspflicht erst wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Sofern ein Mitglied bereits gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist, gilt die Versicherungspflicht nach Satz 1 als erfüllt. § 21a Absatz 2 bleibt unberührt.

(5) Die Absätze 1, 3 und 4 gelten nicht für Personen, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 74 Satz 1 Nummer 1 des Vierzehnten Buches oder Pflegeleistungen für Geschädigte nach § 146 Absatz 2 des Vierzehnten Buches in Verbindung mit § 43 des Elften Buches, nach § 44 des Siebten Buches, nach § 34 des Beamtenversorgungsgesetzes oder nach Gesetzen erhalten, die eine entsprechende Anwendung des Vierzehnten Buches vorsehen, sofern sie keine Familienangehörigen haben, für die in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 eine Familienversicherung bestünde.

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

1. für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu 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.<sup>35</sup>

---

### 35 ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

01.01.1997.—Artikel 7 Nr. 1 des Gesetzes vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1254) hat in Abs. 5 „§ 558 Abs. 2 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung“ durch „§ 44 des Siebten Buches“ ersetzt.

01.08.2001.—Artikel 3 § 56 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266) hat in Abs. 1 Satz 2 „oder Lebenspartner“ nach „Angehörigen“ eingefügt.

Artikel 3 § 56 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 „oder Lebenspartner“ nach „Familienangehörigen“ eingefügt.

Artikel 3 § 56 Nr. 5 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Nr. 2 „oder Lebenspartner“ nach „Angehörigen“ eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 10 lit. b des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 2 Satz 4 „; 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“ am Ende eingefügt.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 1 Satz 1 „oder im Rahmen von Versicherungsverträgen, die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen,“ nach „Krankenhausleistungen“ eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 3 Satz 2 „§ 14 Abs. 1 und 5 der Beihilfevorschriften des Bundes“ durch „§ 46 Absatz 2 und 3 der Bundesbeihilfeverordnung“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 12 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 6 Nr. 1 „einer Pflegestufe“ durch „einem Pflegegrad“ ersetzt.

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 5 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat Abs. 4a eingefügt.

## § 24 Versicherungspflicht der Abgeordneten

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

## § 25 Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, 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 Familienangehörige, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a des Vierten Buches in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches ausüben, ist ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig.

§ 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) Kinder sind versichert:

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
2. bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,
3. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes 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 Bundesfreiwilligen-

---

01.01.2024.—Artikel 39 Nr. 4 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat Abs. 5 neu gefasst. Abs. 5 lautet:

„(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.“

01.01.2025.—Artikel 46 Nr. 4 des Gesetzes vom 20. August 2021 (BGBl. I S. 3932) hat in Abs. 5 „nach § 16 Nummer 8 des Soldatenentschädigungsgesetzes in Verbindung mit § 17 des Soldatenentschädigungsgesetzes,“ nach „Siebten Buches,“ eingefügt.

dienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz 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; wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend,

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 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.

§ 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) Die 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. Dies gilt auch für Personen in einem Wehrdienstverhältnis besonderer Art nach § 6 des Einsatz-Weiterverwendungsgesetzes.<sup>36</sup>

### 36 ÄNDERUNGEN

29.07.1995.—Artikel 20 des Gesetzes vom 24. Juli 1995 (BGBl. I S. 962) hat in Abs. 4 „oder die im Rahmen einer besonderen Auslandsverwendung im Sinne des Soldatengesetzes freiwillig Wehrdienst leisten“ nach „leisten“ eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 3 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Nr. 5 in Abs. 1 Satz 1 neu gefasst. Nr. 5 lautete:

„5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.“

Artikel 3 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „gilt“ durch „sowie § 10 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches gelten“ ersetzt.

24.12.2000.—Artikel 16 des Gesetzes vom 19. Dezember 2000 (BGBl. I S. 1815) hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Die Versicherung nach Absatz 2 Nr. 1, 2 und 3 bleibt bei Personen, die auf Grund gesetzlicher Pflicht mehr als drei Tage Wehrdienst oder Zivildienst leisten oder die im Rahmen einer besonderen Auslandsverwendung im Sinne des Soldatengesetzes freiwillig Wehrdienst leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen.“

01.07.2001.—Artikel 10 Nr. 11 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 2 Nr. 4 „(§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches)“ nach „seelischer Behinderung“ eingefügt.

01.08.2001.—Artikel 3 § 56 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266) hat in Abs. 1 Satz 1 „ , der Lebenspartner“ nach „Ehegatte“ eingefügt.

Artikel 3 § 56 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „oder Lebenspartner“ nach „Ehegatte“ eingefügt.

01.01.2002.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 „630 Deutsche Mark“ durch „325 Euro“ ersetzt.

01.04.2003.—Artikel 6 Nr. 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4621) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 „mindestens jedoch 325 Euro,“ nach „Buches,“ gestrichen und „ ; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro“ am Ende eingefügt.

30.03.2005.—Artikel 9a Nr. 1 des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat in Abs. 1 Satz 1 „sowie die Kinder von familienversicherten Kindern“ nach „Mitgliedern“ eingefügt.

30.04.2005.—Artikel 22 des Gesetzes vom 22. April 2005 (BGBl. I S. 1106) hat in Abs. 4 „mehr als drei Tage“ nach „Pflicht“ gestrichen und „den §§ 51a, 54 Abs. 5 oder § 58a“ durch „dem Vierten Abschnitt“ ersetzt.

18.12.2007.—§ 22 Abs. 10 des Gesetzes vom 12. Dezember 2007 (BGBl. I S. 2861) hat Abs. 4 Satz 2 eingefügt.

01.06.2008.—Artikel 2 Abs. 14 des Gesetzes vom 16. Mai 2008 (BGBl. I S. 842) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 „im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen ökologischen Jahres“ durch „oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstgesetzes“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 3 „Beitragsbemessungsgrenze“ durch „Jahresarbeitsentgeltgrenze nach dem Fünften Buch“ ersetzt.

16.12.2008.—Artikel 5 des Gesetzes vom 10. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2403) hat in Abs. 1 Satz 2 „§ 10 Abs. 1 Satz 3“ durch „§ 10 Abs. 1 Satz 2 bis 4“ ersetzt.

03.05.2011.—Artikel 12 des Gesetzes vom 28. April 2011 (BGBl. I S. 687) hat Nr. 3 in Abs. 2 neu gefasst. Nr. 3 lautete:

„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 Jugendfreiwilligendienstgesetzes 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.“

01.01.2012.—Artikel 4 Nr. 01 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 „; dies gilt ab dem 1. Juli 2011 auch bei einer Unterbrechung durch den freiwilligen Wehrdienst nach Abschnitt 7 des Wehrpflichtgesetzes, 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“ am Ende eingefügt.

01.01.2013.—Artikel 5 Nr. 1 des Gesetzes vom 5. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2474) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 „400 Euro“ durch „450 Euro“ ersetzt.

13.04.2013.—Artikel 2 Abs. 14 des Gesetzes vom 8. April 2013 (BGBl. I S. 730) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 „Abschnitt 7 des Wehrpflichtgesetzes“ durch „§ 58b des Soldatengesetzes“ ersetzt.

01.01.2019.—Artikel 5 Nr. 1 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat in Abs. 1 Satz 2 „Abs. 1 Satz 2 bis 4“ durch „Absatz 1 Satz 2 und 3“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 10 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 „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;“ nach „überschreitet;“ eingefügt.

Artikel 10 Nr. 4 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 „ab dem 1. Juli 2011“ nach „gilt“ gestrichen.

Artikel 10 Nr. 4 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 „nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war“ durch „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“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 10 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 „; wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend“ am Ende eingefügt.

**§ 26 Weiterversicherung**

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

(2) Personen, die wegen der Verlegung ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland aus der Versicherungspflicht ausscheiden, können sich auf Antrag weiterversichern. Der Antrag ist bis spätestens einen Monat nach Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse zu stellen, bei der die Versicherung zuletzt bestand. Die Weiterversicherung erstreckt sich auch auf die nach § 25 versicherten Familienangehörigen oder Lebenspartner, die gemeinsam mit dem Mitglied ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in das Ausland verlegen. Für 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.<sup>37</sup>

**§ 26a Beitrittsrecht**

(1) Personen mit Wohnsitz im Inland, die nicht pflegeversichert sind, weil sie zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 trotz Wohnsitz im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht oder der Mitversicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung 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. Ausgenommen 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. Der 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. Die Vorversicherungszeiten nach § 33 Abs. 2 gelten als erfüllt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 1 Anwendung.

(2) Personen mit Wohnsitz im Inland, die erst ab einem Zeitpunkt nach dem 1. Januar 1995 bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht pflegeversichert sind und keinen Tatbestand der Versiche-

---

Artikel 2 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 „; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 450 Euro“ am Ende gestrichen.

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 3 lit. b des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 „oder Bundesfreiwilligendienst“ nach „Jugendfreiwilligendienstegesetzes“ gestrichen.

01.10.2022.—Artikel 10 Nr. 1 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 969) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 „; für Familienangehörige, die eine geringfügige Beschäftigung nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 oder § 8a des Vierten Buches in Verbindung mit § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches ausüben, ist ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen bis zur Geringfügigkeitsgrenze zulässig“ am Ende eingefügt.

**37 ÄNDERUNGEN**

01.08.2001.—Artikel 3 § 56 Nr. 7 des Gesetzes vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266) hat in Abs. 2 Satz 3 „oder Lebenspartner“ nach „Familienangehörigen“ und in Abs. 2 Satz 4 „oder Lebenspartner“ nach „Familienangehörige“ eingefügt.

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 6 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 1 Satz 1 „oder § 21“ durch „; § 21 oder § 21a Absatz 1“ ersetzt.

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

(3) Ab dem 1. Juli 2002 besteht ein Beitrittsrecht zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung nur für nicht pflegeversicherte Personen, die als Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer bei Wohnsitznahme im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht nach diesem Buch erfüllen und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie für nicht versicherungspflichtige Personen mit Wohnsitz im Inland, bei denen die Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 entfallen sind. Der Beitritt ist gegenüber der nach § 48 Abs. 2 gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen schriftlich innerhalb von drei Monaten nach Wohnsitznahme im Inland oder nach Wegfall der Ausschlussgründe nach Absatz 1 Satz 2 mit Wirkung vom 1. des Monats zu erklären, der auf die Beitrittserklärung folgt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 3 Anwendung. Das Beitrittsrecht nach Satz 1 ist nicht gegeben in Fällen, in denen ohne zwingenden Grund von den in den Absätzen 1 und 2 geregelten Beitrittsrechten kein Gebrauch gemacht worden ist oder in denen die in Absatz 2 Satz 2 aufgeführten Ausschlussgründe vorliegen.<sup>38</sup>

### **§ 27 Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages**

Personen, die nach den § 20, § 21 oder § 21a Absatz 1 versicherungspflichtig werden und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, können ihren Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Das Kündigungsrecht gilt auch für Familienangehörige oder Lebenspartner, wenn für sie eine Familienversicherung nach § 25 eintritt. § 5 Absatz 9 des Fünften Buches gilt entsprechend.<sup>39</sup>

## **Viertes Kapitel Leistungen der Pflegeversicherung**

### **Erster Abschnitt Übersicht über die Leistungen**

---

#### **38 QUELLE**

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 1c des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat die Vorschrift eingefügt.

#### **ÄNDERUNGEN**

01.01.2005.—Artikel 10 Nr. 3 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) hat in Abs. 1 Satz 2 „Bundessozialhilfegesetz“ durch „Zwölften Buch“ ersetzt.

#### **39 ÄNDERUNGEN**

01.01.2000.—Artikel 3 Nr. 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat Satz 3 eingefügt.

01.08.2001.—Artikel 3 § 56 Nr. 8 des Gesetzes vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266) hat in Satz 2 „oder Lebenspartner“ nach „Familienangehörige“ eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Satz 3 „Abs. 10“ durch „Absatz 9“ ersetzt.

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 7 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Satz 1 „§§ 20 oder 21“ durch „§ 20, § 21 oder § 21a Absatz 1“ ersetzt.

## § 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),
- 3a. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a),
4. häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),
5. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40),
- 5a. ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (§ 39a in Verbindung mit § 40b) und digitale Pflegeanwendungen (§ 40a in Verbindung mit § 40b),
6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),
7. Kurzzeitpflege (§ 42),
- 7a. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen durch die Pflegeperson (§ 42a),
8. vollstationäre Pflege (§ 43),
9. Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen (§ 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 gemäß § 35a.

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

(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.<sup>40</sup>

---

### 40 ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat Nr. 9 und 10 in Abs. 1 in Nr. 10 und 11 unnummeriert und Abs. 1 Nr. 9 eingefügt.

01.07.2001.—Artikel 10 Nr. 12 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 1 Nr. 9 „Behindertenhilfe“ durch „Hilfe für behinderte Menschen“ ersetzt.

01.07.2004.—Artikel 10 Nr. 4 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) hat in Abs. 1 Nr. 11 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Nr. 12 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 12 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Nr. 11 und 12 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 11 und 12 lauteten:

„11. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),

12. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches.“

Artikel 1 Nr. 12 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Nr. 13 und 14 eingefügt.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 12 lit. b des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 1a eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 9 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 1 Nr. 5 „technische Hilfen“ durch „wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ ersetzt.



## § 28a Leistungen bei Pflegegrad 1

Bei Vorliegen des Pflegegrades 1 gewährt die Pflegeversicherung folgende Leistungen:

1. Pflegeberatung gemäß den §§ 7a und 7b,
2. Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3,

Artikel 1 Nr. 9 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 14 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Nr. 15 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1b eingefügt.

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 9 lit. c des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat Abs. 1b Satz 2 eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat in Abs. 1 Nr. 13 „Betreuungsleistungen“ durch „Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ ersetzt.

Artikel 8 Nr. 2 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) hat in Abs. 1 Nr. 11 „und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung“ nach „Pflegezeit“ eingefügt.

08.12.2015.—Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2114) hat Abs. 5 eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 13 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Abs. 1 Nr. 9a eingefügt.

Artikel 2 Nr. 13 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Nr. 12a eingefügt.

Artikel 2 Nr. 13 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Nr. 13 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 13 lautet:

„13. zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b).“

Artikel 2 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 1b aufgehoben. Satz 2 lautet: „Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz haben bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, Anspruch auf verbesserte Pflegeleistungen (§ 123).“

Artikel 2 Nr. 13 lit. c und d desselben Gesetzes hat Abs. 4 aufgehoben und Abs. 5 in Abs. 4 unnummeriert. Abs. 4 lautet:

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

01.01.2018.—Artikel 10 Nr. 5 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) hat in Abs. 1 Nr. 14 „§ 17 Abs. 2 bis 4“ durch „§ 29“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 12 Nr. 1 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Nr. 9 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 9 lautet:

„9. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a).“

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 8 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 1 Nr. 15 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Nr. 16 und 17 eingefügt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 1a „(§ 7a)“ durch „gemäß den §§ 7a und 7b“ ersetzt.

01.01.2024.—Artikel 2 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat Abs. 1 Nr. 5a eingefügt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Nr. 7a eingefügt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 14 das Komma durch „gemäß § 35a.“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. d desselben Gesetzes hat Nr. 15 in Abs. 1 in Nr. 3a unnummeriert.

Artikel 2 Nr. 2 lit. e desselben Gesetzes hat Nr. 16 und 17 in Abs. 1 aufgehoben. Nr. 16 und 17 lauteten:

„16. Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen (§ 39a) und digitale Pflegeanwendungen (§ 40a),

17. Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen (§ 40b).“

01.07.2025.—Artikel 2a Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat Nr. 4 in Abs. 1 neu gefasst. Die neue Fassung lautet:

„4. Verhinderungspflege (§ 39 in Verbindung mit § 42a).“

Artikel 2a Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 7 „(§ 42)“ durch „(§ 42 in Verbindung mit § 42a)“ ersetzt.

Artikel 2a Nr. 3 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 7a „(§ 42a)“ durch „(§ 42b)“ ersetzt.

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,
5. finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds gemäß § 40,
6. Leistungen zur ergänzenden Unterstützung bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen sowie zur Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen gemäß den §§ 39a, 40a und 40b,
7. Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson gemäß § 42a,
8. einen monatlichen Zuschuss bei vollstationärer Pflege gemäß § 43 Absatz 3,
9. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b,
10. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44a,
11. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 45,
12. den Entlastungsbetrag gemäß § 45b,
13. die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 45e nach Maßgabe von § 28 Absatz 1b.<sup>41</sup>

---

**41** QUELLE

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 14 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) und Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) haben die Vorschrift eingefügt.

**ÄNDERUNGEN**

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 9 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 1 Nr. 8 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Nr. 9 und 10 eingefügt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(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,
9. Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen gemäß § 39a und digitale Pflegeanwendungen gemäß § 40a,
10. Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen gemäß § 40b.

(2) Zudem gewährt die Pflegeversicherung den Entlastungsbetrag gemäß § 45b Absatz 1 Satz 1 in Höhe von 125 Euro monatlich. Dieser 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.“

01.01.2024.—Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat Nr. 7 bis 12 in Nr. 8 bis 13 unnummeriert und Nr. 7 eingefügt.

01.07.2025.—Artikel 2a Nr. 4 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Nr. 7 „§ 42a“ durch „§ 42b“ ersetzt.

## Zweiter Abschnitt Gemeinsame Vorschriften

### § 29 Wirtschaftlichkeitsgebot

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

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

### § 30 Dynamisierung

(1) Die im Vierten Kapitel dieses Buches benannten, ab 1. Januar 2024 geltenden Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung steigen zum 1. Januar 2025 um 4,5 Prozent und zum 1. Januar 2028 in Höhe des kumulierten Anstiegs der Kerninflationsrate in den letzten drei Kalenderjahren, für die zum Zeitpunkt der Erhöhung die entsprechenden Daten vorliegen, nicht jedoch stärker als der Anstieg der Bruttolohn- und Gehaltssumme je abhängig beschäftigten Arbeitnehmer im selben Zeitraum.

(2) Die neuen Beträge für die Leistungen der Pflegeversicherung werden vom Bundesministerium für Gesundheit jeweils im Bundesanzeiger bekannt gemacht.<sup>42</sup>

---

#### 42 ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat „sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen“ nach „Leistungen“ eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Höhe der Leistungen sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen im Rahmen des geltenden Beitragssatzes (§ 55 Abs. 1) und der sich daraus ergebenden Einnahmenentwicklung anzupassen.“

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat in der Überschrift „ , Verordnungsermächtigung“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Satz 1 „erstmal im Jahre 2014“ durch „erneut im Jahre 2017“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 5 lit. b und c desselben Gesetzes hat die Sätze 5 und 6 aufgehoben. Die Sätze 5 und 6 lauteten: „Die Bundesregierung wird ermächtigt, nach Vorlage des Berichts unter Berücksichtigung etwaiger Stellungnahmen der gesetzgebenden Körperschaften des Bundes die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zum 1. Januar des Folgejahres anzupassen. Die Rechtsverordnung soll frühestens zwei Monate nach Vorlage des Berichts erlassen werden, um den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

Artikel 1 Nr. 5 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 16 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 1 „2017“ durch „2020“ ersetzt.

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 4 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 2 Satz 1 „sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen“ nach „Pflegeversicherung“ gestrichen.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

#### „§ 30 Dynamisierung, Verordnungsermächtigung

(1) Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre, erneut im Jahre 2020, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. Als 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. Bei der Prüfung können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedin-

### § 31 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

(1) Die 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. Werden 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) Wenn eine Pflegekasse durch die gutachterlichen Feststellungen des Medizinischen Dienstes oder anderer von ihr beauftragter unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter (§ 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Absatz 2) oder auf sonstige Weise feststellt, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, informiert sie schriftlich oder elektronisch unverzüglich den Versicherten sowie mit dessen Einwilligung schriftlich oder elektronisch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt sowie Angehörige, Personen des Vertrauens der Versicherten oder Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Versicherten versorgen, und leitet mit Einwilligung des Versicherten eine entsprechende Mitteilung dem zuständigen Rehabilitationsträger zu. Die Pflegekasse weist den Versicherten gleichzeitig auf seine Eigenverantwortung und Mitwirkungspflicht hin. Soweit der Versicherte eingewilligt hat, gilt die Mitteilung an den Rehabilitationsträger als Antragstellung für das Verfahren nach § 14 des Neunten Buches. Die Pflegekasse ist über die Leistungsentscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers unverzüglich zu informieren. Sie prüft in einem angemessenen zeitlichen Abstand, ob entsprechende Maßnahmen durchgeführt worden sind; soweit erforderlich, hat sie vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 32 Absatz 1 zu erbringen.<sup>43</sup>

---

gungen mit berücksichtigt werden. Die Bundesregierung legt den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe vor.

(2) Die 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. Die Rechtsverordnung soll frühestens zwei Monate nach Vorlage des Berichts erlassen werden, um den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

#### 43 ÄNDERUNGEN

01.07.2001.—Artikel 10 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 1 Satz 1 „Rehabilitation“ durch „medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „medizinischen“ nach „zur“ eingefügt.

Artikel 10 Nr. 13 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „medizinischen“ nach „zur“ und „dem Versicherten und“ nach „dies“ eingefügt.

Artikel 10 Nr. 13 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „medizinischen“ nach „zur“ eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 14 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

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

Artikel 1 Nr. 14 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 aufgehoben. Abs. 4 lautete:

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

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 11 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 3 Satz 1 „der Krankenversicherung“ nach „Dienstes“ gestrichen.

29.10.2020.—Artikel 3 Nr. 4 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat in Abs. 3 Satz 1 „schriftlich oder elektronisch“ nach „sie“ eingefügt und „den behandelnden Arzt“ durch „schriftlich oder

### § 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.<sup>44</sup>

### § 33 Leistungsvoraussetzungen

(1) Versicherte erhalten die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung gewährt, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wird der Antrag nicht in dem Kalendermonat, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern später gestellt, werden die Leistungen vom Beginn des Monats der Antragstellung an gewährt. Die Zuordnung zu einem Pflegegrad und die Bewilligung von Leistungen können befristet werden und enden mit Ablauf der Frist. Die Befristung erfolgt, wenn und soweit eine Verringerung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten nach der Einschätzung des Medizinischen Dienstes zu erwarten ist. Die 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. Der Befristungszeitraum darf insgesamt die Dauer von drei Jahren nicht überschreiten. Um 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) Anspruch 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. Zeiten der Weiterversicherung nach § 26 Abs. 2 werden bei der Ermittlung der nach Satz 1 erforderlichen Vorversicherungszeit mitberücksichtigt. Für versicherte Kinder gilt die Vorversicherungszeit nach Satz 1 als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

(3) Personen, die wegen des Eintritts von Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung oder von Familienversicherung nach § 25 aus der privaten Pflegeversicherung ausscheiden, ist

---

elektronisch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt sowie Angehörige, Personen des Vertrauens der Versicherten oder Pflege- und Betreuungseinrichtungen, die den Versicherten versorgen,“ ersetzt.

01.10.2023.—Artikel 1 Nr. 15 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 3 Satz 1 „(§ 18 Abs. 6)“ durch „oder anderer von ihr beauftragter unabhängiger Gutachterinnen und Gutachter (§ 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Absatz 2)“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 15 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 5 „Abs. 1“ durch „Absatz 1“ ersetzt.

#### 44 ÄNDERUNGEN

01.07.2001.—Artikel 10 Nr. 14 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in der Überschrift „medizinischen“ nach „zur“ eingefügt.

Artikel 10 Nr. 14 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

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

Artikel 10 Nr. 14 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „ , ,“ spätestens jedoch vier Wochen nach Antragstellung,“ nach „rechtzeitig“ eingefügt.

die dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Vorversicherungszeit nach Absatz 2 anzurechnen.<sup>45</sup>

### § 33a Leistungsausschluss

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzbooks 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. Das Nähere zur Durchführung regelt die Pflegekasse in ihrer Satzung.<sup>46</sup>

---

#### 45 ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 15 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 1 Satz 4 bis 8 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 15 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Nr. 5 in Abs. 2 Satz 1 neu gefasst. Nr. 5 lautete:

„5. in der Zeit ab 1. Januar 2000, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens fünf Jahre“.

Artikel 1 Nr. 15 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 15 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 aufgehoben. Abs. 4 lautete:

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

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 17 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Satz 1 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Anspruch auf Leistungen besteht:

1. in der Zeit vom 1. Januar 1996 bis 31. Dezember 1996, wenn der Versicherte vor der Antragstellung mindestens ein Jahr,
2. in der Zeit vom 1. Januar 1997 bis 31. Dezember 1997, wenn der Versicherte vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre,
3. in der Zeit vom 1. Januar 1998 bis 31. Dezember 1998, wenn der Versicherte vor der Antragstellung mindestens drei Jahre,
4. in der Zeit vom 1. Januar 1999 bis 31. Dezember 1999, wenn der Versicherte vor der Antragstellung mindestens vier Jahre,
5. in der Zeit vom 1. Januar 2000 bis 30. Juni 2008, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens fünf Jahre,
6. in der Zeit ab 1. Juli 2008, wenn der Versicherte in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre

als Mitglied versichert oder nach § 25 familienversichert war.“

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 15 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 4 „einer Pflegestufe, die Anerkennung als Härtefall sowie“ durch „einem Pflegegrad und“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 15 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 5 „des Hilfebedarfs“ durch „der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 15 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 6 „einer Pflegestufe, bei der Anerkennung als Härtefall sowie“ durch „einem Pflegegrad und“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 15 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 8 „welcher Pflegestufe“ durch „welchem Pflegegrad“ ersetzt.

01.01.2019.—Artikel 5 Nr. 2 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2387) hat in Abs. 3 „oder von Familienversicherung nach § 25“ nach „sozialen Pflegeversicherung“ eingefügt.

Artikel 11 Nr. 5 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 1 Satz 3 „später als einen Monat nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit“ durch „nicht in dem Kalendermonat, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, sondern später“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 11 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 5 „der Krankenkassen“ nach „Dienstes“ gestrichen.

#### 46 QUELLE

01.04.2007.—Artikel 8 Nr. 7 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

### § 34 Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

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

(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) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf 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. Pflegegeld 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.<sup>47</sup>

---

#### 47 ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat Nr. 1 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 1 lautete:

„1. solange sich Versicherte im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthaltes pflegebedürftig werden,“.

Artikel 1 Nr. 12 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme“ durch „des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege.“

Artikel 1 Nr. 12 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 eingefügt.

01.07.2001.—Artikel 10 Nr. 15 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 jeweils „medizinischen Rehabilitationsmaßnahme“ durch „Leistung zur medizinischen Rehabilitation“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 2 Satz 2 „ , einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung“ nach „Krankenhausbehandlung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „des Versicherten oder Erholungsurlaub der Pflegeperson“ nach „Auslandsaufenthalt“ eingefügt.

**§ 35 Erlöschen der Leistungsansprüche**

Der Anspruch auf Leistungen erlischt mit dem Ende der Mitgliedschaft, soweit in diesem Buch nichts Abweichendes bestimmt ist. § 19 Absatz 1a des Fünften Buches gilt entsprechend. Endet die Mitgliedschaft durch Tod, erlöschen Ansprüche auf Kostenerstattung nach diesem Buch abweichend von § 59 des Ersten Buches nicht, wenn sie innerhalb von zwölf Monaten nach dem Tod des Berechtigten geltend gemacht werden.<sup>48</sup>

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

Pflegebedürftige 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. Der 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. Andere als die in Satz 1 genannten Leistungsansprüche bleiben ebenso wie die sonstigen Vorschriften dieses Buches unberührt.<sup>49</sup>

---

05.08.2009.—Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495) hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation weiter zu zahlen.“

29.06.2011.—Artikel 7 des Gesetzes vom 22. Juni 2011 (BGBl. I S. 1202) hat Abs. 1a eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 10 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 3 „§ 44“ durch „den §§ 44 und 44a“ ersetzt.

28.12.2012.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 2 Satz 2 „stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation“ durch „Aufnahme in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 2 Satz 1 „Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht“ durch „Leistungen besteht, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 26 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung“ durch „Leistungen, deren Inhalt den Leistungen nach § 36 entspricht,“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 2 Satz 2 „§ 66 Absatz 4 Satz 2“ durch „§ 63b Absatz 6 Satz 1“ ersetzt.

01.01.2024.—Artikel 39 Nr. 5 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 1 Nr. 2 Satz 1 „unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen,“ nach „Pflegebedürftigkeit“ gestrichen.

01.01.2025.—Artikel 46 Nr. 5 des Gesetzes vom 20. August 2021 (BGBl. I S. 3932) hat in Abs. 1 Nr. 2 Satz 1 „ , nach dem Soldatenentschädigungsgesetz“ nach „Unfallversicherung“ eingefügt.

01.07.2025.—Artikel 2a Nr. 5 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 3 „oder Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs“ durch „von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr oder bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu acht“ ersetzt.

**48** ÄNDERUNGEN

01.05.2011.—Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Satz 2 eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Satz 3 eingefügt.

**49** QUELLE

01.07.2004.—Artikel 10 Nr. 5 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) hat die Vorschrift eingefügt.



### **Dritter Abschnitt Leistungen**

#### **Erster Titel Leistungen bei häuslicher Pflege**

##### **§ 36 Pflegesachleistung**

(1) Pflegebedürftige 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). Der 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) Häusliche 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. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegfachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische 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 761 Euro,
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 432 Euro,
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 778 Euro,
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 2 200 Euro.

(4) Häusliche 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 oder in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden. Mehrere Pflegebedürftige können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.<sup>50</sup>

---

##### **ÄNDERUNGEN**

01.01.2018.—Artikel 10 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Teilnahme an einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches“.

Artikel 10 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Satz 1 „Pflegebedürftige können“ durch „Pflegebedürftigen werden“ und „auch als Teil eines trägerübergreifenden Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 des Neunten Buches erhalten“ durch „durch ein Persönliches Budget nach § 29 des Neunten Buches erbracht“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 6 lit. c desselben Gesetzes hat in Satz 2 „beauftragte Leistungsträger nach § 17 Abs. 4 des Neunten Buches“ durch „Leistungsträger, der das Persönliche Budget nach § 29 Absatz 3 des Neunten Buches durchführt,“ ersetzt.

##### **50 ERLÄUTERUNG**

Die Vorschrift ist erst am 1. April 1995 in Kraft getreten.

ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat Satz 1 in Abs. 1 durch die Sätze 1 und 2 ersetzt. Satz 1 lautete: „Pflegebedürftige, die in ihrem Haushalt oder einem anderen Haushalt, in den sie aufgenommen sind, gepflegt werden, erhalten Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe).“

Artikel 1 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die Pflegekassen haben sicherzustellen, daß die Ausnahmeregelung des Satzes 1 insgesamt für nicht mehr als drei vom Hundert der Pflegebedürftigen der Pflegestufe III Anwendung findet.“

01.01.2002.—Artikel 2 Nr. 2 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) hat in Abs. 3 Nr. 1 „750 Deutsche Mark“ durch „384 Euro“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Nr. 2 „1 800 Deutsche Mark“ durch „921 Euro“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Nr. 3 „2 800 Deutsche Mark“ durch „1 432 Euro“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „3 750 Deutsche Mark“ durch „1 918 Euro“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 8 Nr. 8 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 „; die richtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches zu leisten sind“ am Ende eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 17 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 1 Satz 5 bis 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 17 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

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

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 384 Euro,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 921 Euro,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1 432 Euro.“

Artikel 1 Nr. 17 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf bei der einzelnen Pflegekasse für nicht mehr als drei vom Hundert der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwendung finden.“

Artikel 1 Nr. 17 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 3 eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 6 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat Abs. 3 Nr. 1 Buchstabe d eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Nr. 2 Buchstabe d eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Nr. 3 Buchstabe c den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 3 Nr. 3 Buchstabe d eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „1 918 Euro“ durch „1 995 Euro“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 17 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Leistungen der häuslichen Pflege sind auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie sind nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden. Mehrere Pflegebedürftige können Pflege- und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung gemeinsam als Sachleistung in Anspruch nehmen. Der Anspruch auf Betreuungsleistungen als Sachleistung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind. Betreuungsleistungen als Sachleistungen nach Satz 5 dürfen nicht zulasten der Pflegekassen in Anspruch genommen werden, wenn diese Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Zwölften Buch, durch den zuständigen Träger der

### § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der 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. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

1. 332 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 573 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 765 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 947 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden.

(2) Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 14 genannten Verrichtungen; die verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehören nicht dazu, soweit diese im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches zu leisten sind.

(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von
  - a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
  - b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,
  - c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,
  - d) 468 Euro ab 1. Januar 2015,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von
  - a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,
  - b) 1 040 Euro ab 1. Januar 2010,
  - c) 1 100 Euro ab 1. Januar 2012,
  - d) 1 144 Euro ab 1. Januar 2015,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von
  - a) 1 470 Euro ab 1. Juli 2008,
  - b) 1 510 Euro ab 1. Januar 2010,
  - c) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012,
  - d) 1 612 Euro ab 1. Januar 2015.

(4) Die Pflegekassen können in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1 995 Euro monatlich gewähren, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muß. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf für nicht mehr als 3 vom Hundert aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwendung finden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen überwacht die Einhaltung dieses Höchstsatzes und hat erforderlichenfalls geeignete Maßnahmen zur Einhaltung zu ergreifen.“

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 4 Satz 1 „oder in Räumlichkeiten“ nach „Einrichtung“ eingefügt.

01.01.2022.—Artikel 2 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 3 Nr. 1 „689 Euro“ durch „724 Euro“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Nr. 2 „1 298 Euro“ durch „1 363 Euro“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 5 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Nr. 3 „1 612 Euro“ durch „1 693 Euro“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 5 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Nr. 4 „1 995 Euro“ durch „2 095 Euro“ ersetzt.

01.01.2024.—Artikel 2 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 3 Nr. 1 „724 Euro“ durch „761 Euro“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Nr. 2 „1 363 Euro“ durch „1 432 Euro“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Nr. 3 „1 693 Euro“ durch „1 778 Euro“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Nr. 4 „2 095 Euro“ durch „2 200 Euro“ ersetzt.

(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Die 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. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. § 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) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben in folgenden Intervallen eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen:

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

Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen. Auf Wunsch der pflegebedürftigen Person erfolgt im Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis einschließlich 30. Juni 2024 jede zweite Beratung abweichend von den Sätzen 1 bis 3 per Videokonferenz. Bei der Durchführung der Videokonferenz sind die nach § 365 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches vereinbarten Anforderungen an die technischen Verfahren zu Videosprechstunden einzuhalten. Die erstmalige Beratung nach den Sätzen 1 bis 3 hat in der eigenen Häuslichkeit zu erfolgen.

(3a) Die Beratung nach Absatz 3 dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die 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.

(3b) Die Beratung nach Absatz 3 kann durchgeführt werden durch

1. einen zugelassenen Pflegedienst,
2. eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder
3. eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft, sofern die Durchführung der Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann.

(3c) Die Vergütung für die Beratung nach Absatz 3 ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von dem zuständigen Beihilfeträger. Die 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. Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden. Über die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen unter Zugrundelegung der im jeweiligen Land nach den Sätzen 2 und 4 vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen.

(4) Die 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 Versicherungsunter-

nehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. Erteilt 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. Diese haben eine weitergehende Beratung nach § 7a anzubieten. Der 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. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.

(5) Die 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. Die Empfehlungen enthalten Ausführungen wenigstens

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

Fordert 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 Anforderung neu zu beschließen. Die Empfehlungen gelten für die anerkannten Beratungsstellen entsprechend.

(5a) Der 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. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen 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) Die Landesverbände der Pflegekassen haben neutrale und unabhängige Beratungsstellen zur Durchführung der Beratung nach den Absätzen 3 bis 4 anzuerkennen. Dem Antrag auf Anerkennung ist ein Nachweis über die erforderliche pflegfachliche Kompetenz der Beratungsstelle und ein Konzept zur Qualitätssicherung des Beratungsangebotes beizufügen. Die Landesverbände der Pflegekassen regeln das Nähere zur Anerkennung der Beratungsstellen.

(8) Die Beratungsbesuche nach Absatz 3 können auch von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern im Sinne des § 7a oder von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegfachliche Kompetenz aufweisen, durchgeführt werden. Absatz 4 findet entsprechende Anwendung. Die 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.<sup>51</sup>

---

**51 ERLÄUTERUNG**

Die Vorschrift ist erst am 1. April 1995 in Kraft getreten.

ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 14 lit. a des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat in Abs. 1 Satz 2 „durch eine Pflegeperson“ nach „Versorgung“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 14 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 3 durch die Sätze 2 bis 7 ersetzt. Satz 2 lautete: „Die Kosten des Pflegeeinsatzes werden dem Pflegebedürftigen von der Pflegekasse auf Nachweis unter Anrechnung auf das Pflegegeld erstattet.“

01.08.1999.—Artikel 1 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 21. Juli 1999 (BGBl. I S. 1656) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „dem Pflegebedürftigen“ durch „der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen Versicherungsunternehmen,“ ersetzt.

01.01.2002.—Artikel 2 Nr. 3 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) hat in Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 „400 Deutsche Mark“ durch „205 Euro“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 3 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 „800 Deutsche Mark“ durch „410 Euro“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 3 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 „1 300 Deutsche Mark“ durch „665 Euro“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

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

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

einen Pflegeeinsatz durch eine Pflegeeinrichtung, mit der die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, abzurufen. Die Pflegeeinsätze dienen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der häuslich Pflegenden. Die Vergütung des Pflegeeinsatzes ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen Versicherungsunternehmen, zu tragen. Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 30 Deutsche Mark und in der Pflegestufe III bis zu 50 Deutsche Mark. Die Pflegedienste haben mit Einverständnis des Pflegebedürftigen der zuständigen Pflegekasse die bei dem Pflegeeinsatz gewonnenen Erkenntnisse zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung mitzuteilen. Die Spitzenverbände der Pflegekassen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung; der Pflegebedürftige erhält vom Pflegedienst eine Durchschrift der Mitteilung. Ruft der Pflegebedürftige den Pflegeeinsatz nicht ab oder wird das Einverständnis nach Satz 4 nicht erteilt, hat die Pflegekasse das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.“

Artikel 1 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 bis 6 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 8 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 4 Satz 2 „Die Spitzenverbände“ durch „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

Artikel 8 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 „Die Spitzenverbände“ durch „Der Spitzenverband Bund“ und „der Spitzenverbände“ durch „des Spitzenverbandes Bund“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Satz 3 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat:

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 205 Euro,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 410 Euro,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 665 Euro.“

Artikel 1 Nr. 18 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben

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

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht angestellte Pflegefachkraft abzurufen.“

Artikel 1 Nr. 18 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „16 Euro“ durch „21 Euro“ und „26 Euro“ durch „31 Euro“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 6 und 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „und die anerkannten Beratungsstellen“ nach „Pflegedienste“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 „hat“ durch „und die anerkannte Beratungsstelle haben“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 7 und 8 eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 7 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 Buchstabe d eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 Buchstabe d eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 Buchstabe c den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 Buchstabe d eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „21 Euro“ durch „22 Euro“ und „31 Euro“ durch „32 Euro“ ersetzt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 18 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 und einer Verhinderungspflege nach § 39 jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.“

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 18 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, daß der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt.

Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I
  - a) 215 Euro ab 1. Juli 2008,
  - b) 225 Euro ab 1. Januar 2010,
  - c) 235 Euro ab 1. Januar 2012,
  - d) 244 Euro ab 1. Januar 2015,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II
  - a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
  - b) 430 Euro ab 1. Januar 2010,
  - c) 440 Euro ab 1. Januar 2012,
  - d) 458 Euro ab 1. Januar 2015,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III
  - a) 675 Euro ab 1. Juli 2008,
  - b) 685 Euro ab 1. Januar 2010,
  - c) 700 Euro ab 1. Januar 2012,
  - d) 728 Euro ab 1. Januar 2015.“

Artikel 2 Nr. 18 lit. b litt. aa littt. aaa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 „Pflegestufe I und II“ durch „Pflegegrad 2 und 3“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 18 lit. b litt. aa littt. bbb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 „Pflegestufe III“ durch „Pflegegrad 4 und 5“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 18 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 4 bis 6 in Abs. 3 neu gefasst. Die Sätze 4 bis 6 lauteten: „Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 22 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 32 Euro. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen. Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegestufen I und II nach Satz 4.“

Artikel 2 Nr. 18 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 7 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 7 lautete: „In diesen Fällen kann die Beratung auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Bera-

tungsstellen wahrgenommen werden, ohne dass für die Anerkennung eine pflegfachliche Kompetenz nachgewiesen werden muss.“

Artikel 2 Nr. 18 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 5 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. beschließen gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3.“

Artikel 2 Nr. 18 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 2 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 18 lit. d desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 7 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Für die Durchführung von Beratungen nach Absatz 3 Satz 6 können die Landesverbände der Pflegekassen geeignete Beratungsstellen anerkennen, ohne dass ein Nachweis über die pflegfachliche Kompetenz erforderlich ist.“

Artikel 1 Nr. 10 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat Abs. 3 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 6 „Satz 4“ durch „Satz 5“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 7 „Sätze 3 bis 5“ durch „Sätze 4 bis 6“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 8 neu gefasst. Abs. 8 lautete:

„(8) Der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin (§ 7a) kann die vorgeschriebenen Beratungseinsätze durchführen und diese bescheinigen.“

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 6 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 3 Satz 1 jeweils „eine zugelassene Pflegeeinrichtung“ durch „einen zugelassenen Pflegedienst“ ersetzt.

Artikel 11 Nr. 6 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 3 durch die Sätze 5 bis 8 ersetzt. Satz 5 lautete: „Sie beträgt in den Pflegegraden 2 und 3 bis zu 23 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro.“

Artikel 11 Nr. 6 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 9 „; die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegegrade 2 und 3 nach Satz 5“ am Ende gestrichen.

Artikel 11 Nr. 6 lit. a litt. dd desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 10 „bis 6“ durch „bis 9“ ersetzt.

Artikel 11 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 3 und 4 eingefügt.

Artikel 11 Nr. 6 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 2 eingefügt.

Artikel 11 Nr. 6 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 5a eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 10 Nr. 5 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 9 eingefügt.

01.07.2022.—Artikel 2 Nr. 1b lit. a des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) hat Abs. 3 durch Abs. 3 bis 3c ersetzt. Abs. 3 lautete:

„(3) Pflegebedürftige, 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 pflegfachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die 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. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Die 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 Berücksichti-



### § 38 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)

Nimmt der Pflegebedürftige die ihm nach § 36 Absatz 3 zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 37. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden. Anteiliges 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. Pflegebedürftige 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.<sup>52</sup>

### § 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,

---

gung der Empfehlungen nach Absatz 5. Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden. Über 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. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch abzurufen. Beziehen 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.“

Artikel 2 Nr. 1b lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 „und 4“ durch „bis 4“ ersetzt.

01.01.2024.—Artikel 2 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 „316 Euro“ durch „332 Euro“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 „545 Euro“ durch „573 Euro“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 5 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 „728 Euro“ durch „765 Euro“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 5 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 „901 Euro“ durch „947 Euro“ ersetzt.

01.07.2025.—Artikel 2a Nr. 6 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 2 Satz 2 „für bis zu acht Wochen“ nach „§ 42“ gestrichen und „für bis zu sechs“ durch „jeweils für bis zu acht“ ersetzt.

### 52 ERLÄUTERUNG

Die Vorschrift ist erst am 1. April 1995 in Kraft getreten.

#### ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 15 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat in Satz 1 „und 4“ nach „Abs. 3“ eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Sätze 4 und 5 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 19 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Satz 4 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 und einer Verhinderungspflege nach § 39 jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt.“

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 19 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Satz 1 „Abs. 3 und 4“ durch „Absatz 3“ ersetzt.

01.07.2025.—Artikel 2a Nr. 7 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Satz 4 „für bis zu acht Wochen“ nach „§ 42“ gestrichen und „für bis zu sechs“ durch „jeweils für bis zu acht“ ersetzt.

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 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 verarbeiten 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.<sup>53</sup>

---

**53** QUELLE

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) und Artikel 8 Nr. 3 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) haben die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200 Euro monatlich, wenn

1. sie in ambulant betreuten Wohngruppen in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung leben,
2. sie Leistungen nach § 36, § 37 oder § 38 beziehen,
3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Pflegekraft tätig ist, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet, und
4. es sich um ein gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen handelt mit dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung, dem die jeweils maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften oder ihre Anforderungen an Leistungserbringer nicht entgegenstehen.

(2) Keine ambulante Versorgungsform im Sinne von Absatz 1 liegt vor, wenn die freie Wählbarkeit der Pflege- und Betreuungsleistungen rechtlich oder tatsächlich eingeschränkt ist. Die von der Gemeinschaft unabhängig getroffenen Regelungen und Absprachen sind keine tatsächlichen Einschränkungen in diesem Sinne.“

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 20 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 „205 Euro“ durch „214 Euro“ ersetzt.

### § 39 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

(1) Ist 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. Voraussetzung 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. Die 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) Der 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 Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet. Auf den in Satz 1 genannten Erhöhungsbetrag von bis zu 806 Euro findet § 30 Absatz 1 und 2 entsprechende Anwendung.

(3) Bei 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. Wird 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. Bei 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. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 1 und 3 dürfen zusammen den Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 nicht übersteigen; Absatz 2 findet Anwendung.

---

Artikel 2 Nr. 20 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 1 „oder eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz nach § 45a bei ihnen festgestellt wurde“ am Ende gestrichen.

Artikel 2 Nr. 20 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 2 „§§ 36, 37, 38, 45b oder § 123“ durch „§§ 36, 37, 38, 45a oder § 45b“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 20 lit. a litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 3 „von den Mitgliedern“ durch „durch die Mitglieder“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 20 lit. a litt. ee desselben Gesetzes hat Nr. 4 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 4 lautete:

„4. keine Versorgungsform vorliegt, in der der 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 in der Wohngruppe nicht erbracht wird, sondern die Versorgung auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfeldes sichergestellt werden kann.“

Artikel 2 Nr. 20 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 7 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 „hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten“ durch „die Wohngruppenmitglieder bei der Haushaltsführung zu unterstützen“ ersetzt.

26.11.2019.—Artikel 132 Nr. 5 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 2 „erheben, zu verarbeiten und zu nutzen“ durch „verarbeiten“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 11 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 2 „der Krankenversicherung“ nach „Dienstes“ gestrichen.

(4) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, die einen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 oder 5 pflegt, der das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, übernimmt die Pflegekasse abweichend von Absatz 1 Satz 1 die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens acht Wochen je Kalenderjahr. Abweichend von Absatz 1 Satz 2 ist es dabei nicht erforderlich, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. In dem in Satz 1 genannten Fall der Verhinderung gilt Absatz 3 Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu zwei Monate nicht überschreiten dürfen. In dem in Satz 1 genannten Fall der Verhinderung kann der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 abweichend von Absatz 2 sowie Absatz 3 Satz 2 und 4 in Verbindung mit Absatz 2 im Kalenderjahr um bis zu 100 Prozent der Mittel für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 erhöht werden, soweit die Mittel der Kurzzeitpflege in dem Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommen worden sind. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet.

(5) In dem in Absatz 4 Satz 1 genannten Fall der Verhinderung wird abweichend von § 37 Absatz 2 Satz 2 die Hälfte eines bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr fortgewährt sowie abweichend von § 38 Satz 4 die Hälfte eines vor Beginn der Verhinderungspflege bezogenen anteiligen Pflegegeldes für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr fortgewährt.<sup>54</sup>

---

#### 54 ERLÄUTERUNG

Die Vorschrift ist erst am 1. April 1995 in Kraft getreten.

##### ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat in Satz 1 „für eine Ersatzpflegekraft“ durch „einer notwendigen Ersatzpflege“ ersetzt und „; 3 34 Abs. 2 Satz 1 gilt nicht“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 4 bis 6 eingefügt.

01.08.1999.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 21. Juli 1999 (BGBl. I S. 1656) hat Satz 4 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Wird die Ersatzpflege durch eine Pflegeperson sichergestellt, die nicht erwerbsmäßig pflegt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nach § 37 Abs. 1 nicht überschreiten.“

01.01.2002.—Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) hat in Satz 3 „2 800 Deutsche Mark“ durch „1 432 Euro“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 19 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Satz 2 „zwölf Monate“ durch „sechs Monate“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 19 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 3 bis 5 neu gefasst. Die Sätze 3 bis 5 lauteten: „Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall 1 432 Euro im Kalenderjahr nicht überschreiten. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, wird vermutet, daß die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird; in diesen Fällen dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nach § 37 Abs. 1 nicht überschreiten. Zusätzlich können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden.“

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr; § 34 Abs. 2 Satz 1 gilt nicht. Voraussetzung ist, daß die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1 470 Euro ab 1. Juli 2008, auf bis zu 1 510 Euro ab 1. Januar 2010 und auf bis zu 1 550 Euro ab 1. Januar 2012 belaufen, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Bei 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 Abs. 1 nicht überschreiten, es sei denn, die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig ausgeübt; in diesen Fällen findet der Leistungsbetrag nach Satz 3 Anwendung. Bei 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. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 4 und 5 dürfen zusammen den in Satz 3 genannten Betrag nicht übersteigen.“

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 20 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Satz 3 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1 470 Euro ab 1. Juli 2008, auf bis zu 1 510 Euro ab 1. Januar 2010, auf bis zu 1 550 Euro ab 1. Januar 2012 und auf bis zu 1 612 Euro ab 1. Januar 2015 belaufen, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.“

Artikel 1 Nr. 20 lit. b bis d desselben Gesetzes hat Abs. 3 aufgehoben, Abs. 2 durch Abs. 3 ersetzt und Abs. 2 eingefügt. Abs. 2 und 3 lauteten:

„(2) Bei 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, es sei denn, die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig ausgeübt; in diesen Fällen findet der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 Anwendung. Bei 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. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 1 und 2 dürfen zusammen den in Absatz 1 Satz 3 genannten Betrag nicht übersteigen.

(3) Bei einer Ersatzpflege nach Absatz 1 kann der Leistungsbetrag 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 Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet.“

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 21 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 2 „und der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist“ am Ende eingefügt.

01.01.2024.—Artikel 2 Nr. 5a lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 5a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 und 5 eingefügt.

01.07.2025.—Artikel 2a Nr. 8 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Vorschrift neu gefasst. Die neue Fassung lautet:

### „§ 39 Verhinderungspflege

(1) Ist eine Pflegeperson, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 in seiner häuslichen Umgebung pflegt, wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für den Pflegebedürftigen für längstens acht Wochen je Kalenderjahr; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. Eine vorherige Antragstellung vor Durchführung der Ersatzpflege ist nicht erforderlich. Auf welche Höhe sich die Kostenübernahme für die Ersatzpflege durch die Pflegekasse belaufen darf, bestimmt sich nach den Absätzen 2 und 3.

(2) Wird die Ersatzpflege durch andere Personen sichergestellt als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse für die Ersatzpflegekosten je Kalenderjahr höchstens bis auf die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a belaufen.

(3) Wird die Ersatzpflege durch Ersatzpflegepersonen sichergestellt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft

**§ 39a Ergänzende Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen**

Pflegebedürftige haben bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen im Sinne des § 40a Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Absatz 5 Satz 6 festgestellt hat, durch nach diesem Buch zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen.<sup>55</sup>

**§ 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen**

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die Pflegekasse kann in geeigneten Fällen die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes überprüfen lassen. Entscheiden 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. § 33 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(2) Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 40 Euro nicht übersteigen; bis zum 31. Dezember 2021 gilt ein monatlicher Betrag in Höhe von 60 Euro. Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden.

(3) Die Pflegekassen sollen technische Pflegehilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, daß die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Versicherte, 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. Zur 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. Versicherte, 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. Lehnen Versicherte die leihweise

---

leben, dürfen sich die Aufwendungen der Pflegekasse je Kalenderjahr höchstens bis auf die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a belaufen, wenn die Ersatzpflege von diesen Personen erwerbsmäßig ausgeübt wird. Wird die Ersatzpflege von diesen Personen nicht erwerbsmäßig ausgeübt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse im Kalenderjahr regelmäßig den für den Pflegegrad des Pflegebedürftigen geltenden Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu zwei Monate nicht überschreiten. Auf Nachweis können von der Pflegekasse bei einer Ersatzpflege nach Satz 2 notwendige Aufwendungen, die der Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, auch über diesen Betrag hinaus übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 2 und 3 zusammen dürfen im Kalenderjahr den Gemeinsamen Jahresbetrag nach § 42a nicht übersteigen.“

**55 QUELLE**

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 10 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat die Vorschrift eingefügt.

**ÄNDERUNGEN**

26.03.2022.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 23. März 2022 (BGBl. I S. 482) hat Satz 2 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Der Anspruch setzt voraus, dass die ergänzende Unterstützungsleistung für die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung im Einzelfall erforderlich ist.“

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

(4) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 4 000 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. Leben 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. Der 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. § 40 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(5) Für 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. Zur 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. Der 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. Er 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. Die 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. Die Richtlinien sind für die Kranken- und Pflegekassen verbindlich. Für 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. Die 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.

(6) Pflegefachkräfte können im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36, nach den §§ 37 und 37c des Fünften Buches sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Wird ein Pflegehilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 5 oder ein Hilfsmittel nach Absatz 5, das den Zielen von Absatz 1 Satz 1 dient, von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung empfohlen, werden unter den in den Richtlinien nach Satz 6 festgelegten Voraussetzungen die Notwendigkeit der Versorgung nach Absatz 1 Satz 2 und die Erforderlichkeit der Versorgung nach § 33 Absatz 1 des Fünften Buches vermutet. Die Empfehlung der Pflegefachkraft darf bei der Antragstellung nicht älter als zwei Wochen sein. Einer ärztlichen Verordnung gemäß § 33 Absatz 5a des Fünften Buches bedarf es bei Vorliegen einer Empfehlung nach Satz 1 nicht. Die Empfehlung der Pflegefachkraft für ein Pflegehilfsmittel oder ein Hilfsmittel, das den Zielen des Absatzes 1 Satz 1 dient, ist der Kranken- oder Pflegekasse zusammen mit dem Antrag des Versicherten in Textform zu übermitteln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, legt bis zum 31. Dezember 2021 in Richtlinien fest, in welchen Fällen und für welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 2 die Erforderlichkeit oder Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird; dabei ist auch festzulegen, über welche Eignung die empfehlende Pflegefachkraft verfügen soll. In den Richtlinien wird auch das Nähere zum Verfahren der Empfehlung durch die versorgende Pflegefachkraft bei Antragstellung festgelegt. Die Bundespflegekammer und die

Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind an den Richtlinien zu beteiligen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, zugleich nach § 53 Satz 1 die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahrnehmend, wird beauftragt, die in den Richtlinien festgelegten Verfahren in fachlicher und wirtschaftlicher Hinsicht unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, der Bundespflegekammer und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu evaluieren. Ein Bericht über die Ergebnisse der Evaluation ist dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Januar 2025 vorzulegen.

(7) Die Pflegekasse hat über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine Pflegefachkraft oder der Medizinische Dienst nach Absatz 1 Satz 2 beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Über einen Antrag auf ein Pflegehilfsmittel, das von einer Pflegefachkraft bei der Antragstellung nach Absatz 6 Satz 2 empfohlen wurde, hat die Pflegekasse zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang, zu entscheiden. Kann die Pflegekasse die Fristen nach Satz 1 oder Satz 2 nicht einhalten, teilt sie dies den Antragstellern unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.<sup>56</sup>

---

## 56 ERLÄUTERUNG

Die Vorschrift ist erst am 1. April 1995 in Kraft getreten.

### ÄNDERUNGEN

14.10.1997.—Artikel 41 der Verordnung vom 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390) hat in Abs. 5 „und Senioren“ durch „ , Senioren, Frauen und Jugend“ ersetzt.

07.11.2001.—Artikel 219 Nr. 2 der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 5 „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ und „Gesundheit“ durch „Arbeit und Sozialordnung“ ersetzt.

01.01.2002.—Artikel 2 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) hat in Abs. 2 „60 Deutsche Mark“ durch „31 Euro“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 5 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „50 Deutsche Mark“ durch „25 Euro“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 5 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 „5 000 Deutsche Mark“ durch „2 557 Euro“ ersetzt.

28.11.2003.—Artikel 212 Nr. 2 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 5 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt und „und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ nach „Jugend“ gestrichen.

08.11.2006.—Artikel 264 Nr. 2 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 5 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen und „und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales“ nach „Jugend“ eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 8 Nr. 10 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 1 Satz 3 und 4 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 20 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in der Überschrift „technische Hilfen“ durch „wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „Hilfsmittel“ durch „Pflegehilfsmittel“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Hilfsmittel“ durch „Pflegehilfsmittel“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „Hilfsmitteln“ durch „Pflegehilfsmitteln“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 jeweils „Hilfsmittel“ durch „Pflegehilfsmittel“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. c litt. dd desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 5 lautete: „Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung der §§ 61, 62 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien.“

Artikel 1 Nr. 20 lit. c litt. ee desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. c litt. ff desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 7 jeweils „Hilfsmittels“ durch „Pflegehilfsmittels“ ersetzt.



## § 40a Digitale Pflegeanwendungen

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen und von den Pflegebedürftigen oder in der Interaktion von Pflegebedürftigen mit Angehörigen, sonstigen ehrenamtlich Pflegenden oder zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, soweit die Anwendung nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten ist (digitale Pflegeanwendungen).

(1a) Digitale Pflegeanwendungen im Sinne des Absatzes 1 sind auch solche Anwendungen, die pflegende Angehörige oder sonstige ehrenamtlich Pflegende in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen oder bei der Haushaltsführung unterstützen und die häusliche Versorgungssituation des Pflegebedürftigen stabilisieren. Keine digitalen Pflegeanwendungen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere Anwendungen, deren Zweck dem allgemeinen Lebensbedarf oder der allgemeinen Lebensführung dient, sowie Anwendungen zur Arbeitsorganisation von ambulanten Pflegeeinrichtungen, zur Wissensvermittlung, Information oder Kommunikation, zur Beantragung oder Verwaltung von Leistungen oder andere digitale Anwendungen, die ausschließlich auf Auskunft oder Beratung zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen oder sonstigen Hilfsangeboten ausgerichtet sind.

(1b) Sofern digitale Pflegeanwendungen nach den geltenden medizinerrechtlichen Vorschriften Medizinprodukte sind, umfasst der Anspruch nur digitale Pflegeanwendungen, die nach § 33a Absatz 2 des Fünften Buches Medizinprodukte mit niedriger Risikoklasse sind.

(2) Der Anspruch umfasst nur digitalen Pflegeanwendungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Absatz 3

01.01.2012.—Artikel 4 Nr. 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Abs. 5 neu gefasst. Abs. 5 lautete:

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

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 14 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat Satz 2 in Abs. 4 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Die Höhe der Zuschüsse ist unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit von dem Einkommen des Pflegebedürftigen zu bemessen.“

Artikel 1 Nr. 14 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 3 und 4 eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat in Abs. 2 Satz 1 „31 Euro“ durch „40 Euro“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 und 3 jeweils „2 257 Euro“ durch „4 000 Euro“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 10 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 4 „10 228 Euro“ durch „16 000 Euro“ ersetzt.

01.01.2021.—Artikel 3 Nr. 2a lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat in Abs. 1 Satz 2 „überprüft“ durch „kann in geeigneten Fällen“ ersetzt und „überprüfen lassen“ am Ende eingefügt.

Artikel 3 Nr. 2a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 5 eingefügt.

Artikel 3 Nr. 2a lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 6 eingefügt.

31.03.2020.—Artikel 4 Nr. 1a des Gesetzes vom 29. März 2021 (BGBl. I S. 370) hat in Abs. 2 Satz 1 „; bis zum 31. Dezember 2021 gilt ein monatlicher Betrag in Höhe von 60 Euro“ am Ende eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 6 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 6 in Abs. 7 unnummeriert und Abs. 6 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 6 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 2 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 6 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 7 Satz 3 „oder Satz 2“ nach „Satz 1“ eingefügt.

aufgenommen sind. Die Pflegekasse entscheidet auf Antrag des Pflegebedürftigen über die Notwendigkeit der Versorgung des Pflegebedürftigen mit einer digitalen Pflegeanwendung. Die erstmalige Bewilligung ist zu befristen. Die Befristung darf höchstens sechs Monate betragen. Innerhalb der Frist hat die Pflegekasse eine Prüfung vorzunehmen und eine unbefristete Bewilligung zu erteilen, wenn die Prüfung ergibt, dass die digitale Pflegeanwendung genutzt und die Zwecksetzung der Versorgung mit der digitalen Pflegeanwendung gemäß Absatz 1 bezogen auf die konkrete Versorgungssituation erreicht wird. Die Pflegekasse darf dazu die pflegebedürftige Person befragen. Ein erneuter Antrag ist nicht erforderlich. Entscheiden sich Pflegebedürftige für eine digitale Pflegeanwendung, deren Funktionen oder Anwendungsbereiche über die in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen nach § 78a Absatz 3 aufgenommenen digitalen Pflegeanwendungen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen.

(3) Ansprüche nach anderen Vorschriften dieses Buches bleiben unberührt.

(4) Die Hersteller stellen den Anspruchsberechtigten digitale Pflegeanwendungen barrierefrei im Wege elektronischer Übertragung über öffentlich zugängliche Netze, auf maschinell lesbaren Datenträgern oder über digitale Vertriebsplattformen zur Verfügung.<sup>57</sup>

### § 40b Leistungsanspruch beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen

(1) Bewilligt die Pflegekasse die Versorgung mit einer digitalen Pflegeanwendung, hat die pflegebedürftige Person Anspruch auf die Erstattung von Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen nach § 40a sowie auf Leistungen für die Inanspruchnahme von ergänzenden Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen nach § 39a bis zur Höhe von insgesamt 50 Euro im Monat.

---

#### 57 QUELLE

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 11 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat die Vorschrift eingefügt.

#### ÄNDERUNGEN

26.03.2022.—Artikel 2 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 23. März 2022 (BGBl. I S. 482) hat Abs. 1 durch Abs. 1, 1a und 1b ersetzt. Abs. 1 lautete:

„(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen und von den Pflegebedürftigen oder in der Interaktion von Pflegebedürftigen, Angehörigen und zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen genutzt werden, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen zu mindern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, soweit die Anwendung nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten ist (digitale Pflegeanwendungen).“

Artikel 2 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „solche“ nach „nur“ gestrichen.

Artikel 2 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 geändert. Abs. 3 lautete:

„(3) Für digitale Pflegeanwendungen, die sowohl den in § 33a Absatz 1 Satz 1 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 digitalen Gesundheitsanwendung oder der digitalen Pflegeanwendung. Ansprüche nach anderen Vorschriften dieses Buches bleiben unberührt. § 40 Absatz 5 Satz 2 bis 6 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Richtlinien über das Verhältnis zur Aufteilung der Ausgaben erstmals bis zum 31. Dezember 2021 zu beschließen hat.“

30.06.2022.—Artikel 2 Nr. 1c des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) hat Abs. 2 Satz 3 bis 7 eingefügt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 2 Satz 8 „oder deren Kosten die Vergütungsbeträge nach § 78a Absatz 1 Satz 1 übersteigen“ nach „hinausgehen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 16 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 9 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 9 lautete: „Über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten sind die Pflegebedürftigen von den Pflegekassen vorab in schriftlicher Form oder elektronisch zu informieren.“

(2) Die Pflegekasse informiert den Pflegebedürftigen barrierefrei in schriftlicher oder elektronischer Form über die Kosten, die von ihm für die digitale Pflegeanwendung, einschließlich der Mehrkosten nach § 40a Absatz 2 Satz 8, selbst zu tragen sind, und über die Kosten, die von ihm für ergänzende Unterstützungsleistungen selbst zu tragen sind.<sup>58</sup>

## **Zweiter Titel** **Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege**

### **§ 41 Tagespflege und Nachtpflege**

(1) Pflegebedürftige 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. Die teilstationäre Pflege umfaßt auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.

(2) Die Pflegekasse übernimmt 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. Der 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.<sup>59</sup>

---

#### **58 QUELLE**

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 11 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat die Vorschrift eingefügt.

#### **ÄNDERUNGEN**

26.03.2022.—Artikel 2 Nr. 3 des Gesetzes vom 23. März 2022 (BGBl. I S. 482) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„Pflegebedürftige haben Anspruch auf die Leistungen nach den §§ 39a und 40a bis zur Höhe von insgesamt 50 Euro im Monat. Die Aufteilung des Leistungsanspruchs nach Satz 1 auf die ergänzende Unterstützungsleistung nach § 39a und die digitale Pflegeanwendung nach § 40a beim Einsatz digitaler Pflegeanwendungen richtet sich nach § 78a Absatz 1 Satz 5.“

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 17 lit. b des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat Abs. 2 eingefügt.

#### **59 ERLÄUTERUNG**

Die Vorschrift ist erst am 1. April 1995 in Kraft getreten.

#### **ÄNDERUNGEN**

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 17 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat in Abs. 2 „pflegebedingten“ nach „übernimmt die“ und „, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 1999 die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege“ nach „Pflege“ eingefügt.

01.08.1999.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 21. Juli 1999 (BGBl. I S. 1656) hat in Abs. 2 Nr. 2 „1 500 Deutsche Mark“ durch „1 800 Deutsche Mark und in Abs. 2 Nr. 3 „2 100 Deutsche Mark“ durch „2 800 Deutsche Mark“ ersetzt.

01.01.2000.—Artikel 3 Nr. 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 2 „1999“ durch „2001“ ersetzt.

01.01.2002.—Artikel 2 Nr. 6 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) hat in Abs. 2 Nr. 1 „750 Deutsche Mark“ durch „384 Euro“, in Abs. 2 Nr. 2 „1 800 Deutsche Mark“ durch „921 Euro“ und in Abs. 2 Nr. 3 „2 800 Deutsche Mark“ durch „1 432 Euro“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat in Abs. 1 Satz 1 „oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „2001“ durch „2004“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 3 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

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

01.01.2005.—Artikel 9a Nr. 2 des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat in Abs. 2 „31. Dezember 2004“ durch „30. Juni 2007“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 8 Nr. 11 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 „in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 30. Juni 2007“ nach „sowie“ gestrichen.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 21 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 2 und 3 neu gefasst. Abs. 2 und 3 lauteten:

„(2) Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege:

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I im Wert bis zu 384 Euro,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II im Wert bis zu 921 Euro,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III im Wert bis zu 1 432 Euro

je Kalendermonat.

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

Artikel 1 Nr. 21 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 bis 6 eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 15 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat Abs. 7 eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 11 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 Buchstabe d eingefügt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 Buchstabe d eingefügt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 Buchstabe c den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 Buchstabe d eingefügt.

Artikel 1 Nr. 11 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Pflegebedürftige können nach näherer Bestimmung der Absätze 4 bis 6 die Ansprüche auf Tages- und Nachtpflege, Pflegegeld und Pflegesachleistung nach ihrer Wahl miteinander kombinieren.“

Artikel 1 Nr. 11 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 bis 7 aufgehoben. Abs. 4 bis 7 lauteten:

„(4) Wird die Leistung nach Absatz 2 nur zusammen mit Sachleistungen nach § 36 in Anspruch genommen, dürfen die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat 150 vom Hundert des in § 36 Abs. 3 und 4 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Dabei mindert sich der Sachleistungsanspruch nach § 36 Abs. 3 und 4 um den Vmhundertersatz, mit dem die Leistung nach Absatz 2 über 50 vom Hundert in Anspruch genommen wird.

(5) Wird die Leistung nach Absatz 2 nur zusammen mit Pflegegeld nach § 37 in Anspruch genommen, erfolgt keine Minderung des Pflegegeldes, soweit die Aufwendungen für die Leistung nach Absatz 2 je Kalendermonat 50 vom Hundert des in § 36 Abs. 3 und 4 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigen. Ansonsten mindert sich der Pflegegeldanspruch nach § 37 um den Vmhundertersatz, mit dem die Leistung nach Absatz 2 über 50 vom Hundert in Anspruch genommen wird.

(6) Wird die Leistung nach Absatz 2 zusammen mit der Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38) in Anspruch genommen, bleibt die Leistung nach Absatz 2 unberücksichtigt, soweit sie je Kalendermonat 50 vom Hundert des in § 36 Abs. 3 und 4 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nicht übersteigt. Ansonsten findet § 38 Satz 2 mit der Maßgabe Anwendung, dass bei

## § 42 Kurzzeitpflege

(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:

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

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 774 Euro im Kalenderjahr. Der 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 3 386 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 angerechnet. Auf den in Satz 3 genannten Erhöhungsbetrag von bis zu 1 612 Euro findet § 30 Absatz 1 und 2 entsprechende Anwendung.

(3) Abweichend 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. § 34 Abs. 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Sind in dem Entgelt für die Einrich-

der Ermittlung des Vomhundertsatzes, um den das Pflegegeld zu kürzen ist, von einem Gesamtleistungsanspruch in Höhe von 150 vom Hundert auszugehen ist und der Restpflegegeldanspruch auf den Betrag begrenzt ist, der sich ohne Inanspruchnahme der Tagespflege ergeben würde.

(7) In Fällen, in denen Pflegebedürftige ambulante Pflegesachleistungen und Tages- oder Nachtpflege in Anspruch nehmen, sind die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen vorrangig vor den Vergütungen für Tages- oder Nachtpflege abzurechnen und zu bezahlen.“

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 22 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 1 „der Pflegegrade 2 bis 5“ nach „Pflegebedürftige“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 22 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

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

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I einen Gesamtwert bis zu
  - a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
  - b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,
  - c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,
  - d) 468 Euro ab 1. Januar 2015,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II einen Gesamtwert bis zu
  - a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,
  - b) 1 040 Euro ab 1. Januar 2010,
  - c) 1 100 Euro ab 1. Januar 2012,
  - d) 1 144 Euro ab 1. Januar 2015,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III einen Gesamtwert bis zu
  - a) 1 470 Euro ab 1. Juli 2008,
  - b) 1 510 Euro ab 1. Januar 2010,
  - c) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012,
  - d) 1 612 Euro ab 1. Januar 2015.“

Artikel 2 Nr. 22 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „der Pflegegrade 2 bis 5“ nach „Pflegebedürftige“ eingefügt.

tung Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 vom Hundert des Entgelts zuschussfähig. In 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.<sup>60</sup>

---

**60 ERLÄUTERUNG**

Die Vorschrift ist erst am 1. April 1995 in Kraft getreten.

**ÄNDERUNGEN**

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 18 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat Satz 3 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Die Aufwendungen der Pflegekasse für die Kurzzeitpflege dürfen 2 800 Deutsche Mark im Kalenderjahr nicht übersteigen.“

01.08.1999.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 21. Juli 1999 (BGBl. I S. 1656) hat Satz 2 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Voraussetzung ist in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 2, daß die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vorher mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.“

01.01.2000.—Artikel 3 Nr. 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 2 Satz 2 „1999“ durch „2001“ ersetzt.

01.01.2002.—Artikel 2 Nr. 7 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) hat in Abs. 2 Satz 2 „2 800 Deutsche Mark“ durch „1 432 Euro“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat in Abs. 2 Satz 2 „2001“ durch „2004“ ersetzt.

01.01.2005.—Artikel 9a Nr. 2 des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat in Abs. 2 Satz 2 „31. Dezember 2004“ durch „30. Juni 2007“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 8 Nr. 12 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 2 „in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 30. Juni 2007“ nach „sowie“ gestrichen.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 22 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 2 Satz 2 „1 432 Euro“ durch „1 470 Euro ab 1. Juli 2008, 1 510 Euro ab 1. Januar 2010 und 1 550 Euro ab 1. Januar 2012“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 22 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 3 Satz 1 „18. Lebensjahres“ durch „25. Lebensjahres“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 12 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat in Abs. 2 Satz 2 „2010 und“ durch „2010,“ ersetzt und „und 1 612 Euro ab 1. Januar 2015“ nach „2012“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz bis 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 12 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Kindern bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres“ durch „Pflegebedürftigen“ ersetzt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 21 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 2 Satz 1 „vier“ durch „acht“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 21 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Abweichend von Satz 1 ist der Anspruch auf Kurzzeitpflege in diesem Fall auf längstens acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.“

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 23 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 1 „für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5“ nach „besteht“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 23 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 470 Euro ab 1. Juli 2008, 1 510 Euro ab 1. Januar 2010, 1 550 Euro ab 1. Januar 2012 und 1 612 Euro ab 1. Januar 2015 im Kalenderjahr.“

01.01.2022.—Artikel 2 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 2 Satz 2 „1 612 Euro“ durch „1 774 Euro“ ersetzt.

### Dritter Titel

#### **Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson<sup>61</sup>**

##### **§ 42a Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson**

(1) Pflegebedürftige haben ab dem 1. Juli 2024 Anspruch auf Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort gleichzeitig Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches, nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 2 des Sechsten Buches oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme von einer Pflegeperson des Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden. Leistungen nach dieser Vorschrift werden nur erbracht, wenn kein Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches besteht.

(2) Der Anspruch nach Absatz 1 setzt voraus, dass die pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer der Leistungen zur stationären Vorsorge oder zur medizinischen Rehabilitation sichergestellt ist. Zur Erbringung der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie der Leistungen der medizinischen Behandlungspflege kann die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung eine nach § 72 zugelassene ambulante Pflegeeinrichtung einsetzen. Kann die pflegerische Versorgung in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nicht sichergestellt werden, kann der Anspruch auch in einer nach § 72 zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung wahrgenommen werden.

(3) Der Anspruch nach Absatz 1 umfasst die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen. Pflegebedürftige haben Anspruch auf Erstattung der erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten, die im Zusammenhang mit der Versorgung in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder vollstationären Pflegeeinrichtung nach Absatz 2 entstehen. Erstattungsfähig sind nach vorheriger Antragstellung auch Kosten für besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

(4) Stellt die Pflegeperson einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 23 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches oder nach § 15 Absatz 1 des Sechsten Buches und wünscht die Versorgung des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung, stellt der Antrag zugleich einen Antrag

---

Artikel 2 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „3 224 Euro“ durch „3 386 Euro“ ersetzt.

01.01.2024.—Artikel 2 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 „oder anderen Situationen“ nach „Krisensituationen“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 5 eingefügt.

01.07.2024.—Artikel 2 Nr. 6 lit. c des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) in Verbindung mit Artikel 8w des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 359) hat Abs. 4 aufgehoben.

01.07.2025.—Artikel 2a Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 2 Satz 2 „bis zu dem Gesamtbetrag von 1 774 Euro im Kalenderjahr“ durch „pro Kalenderjahr höchstens bis zu einem Betrag in Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a“ ersetzt.

Artikel 2a Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 3 bis 5 in Abs. 2 aufgehoben.

#### **61 QUELLE**

01.01.2024.—Artikel 2 Nr. 7 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Überschrift des Titels eingefügt.

#### **ÄNDERUNGEN**

01.07.2025.—Artikel 2a Nr. 10 und 11 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Überschrift des Titels neu gefasst. Die neue Fassung lautet: „Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege“.

des Pflegebedürftigen auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 an die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen dar, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, sofern der Pflegebedürftige zustimmt. Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, prüft mit den nach § 23 Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches oder § 40 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches benannten Einrichtungen, ob die Versorgung des Pflegebedürftigen in der Einrichtung möglich ist, und holt deren Einverständnis ein. Liegt das Einverständnis der Einrichtung vor, informiert die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen unverzüglich die Krankenkasse. Über den Antrag auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 ist unverzüglich zu entscheiden. Sollen die Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung als der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung versorgt werden, koordiniert die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen auf Wunsch der Pflegeperson und mit Einwilligung des Pflegebedürftigen dessen Versorgung.

(5) Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, hat unmittelbar der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen gemäß Absatz 3 zu erstatten. Die Vergütung erfolgt nach dem durchschnittlichen Gesamtheimentgelt nach § 87a Absatz 1 Satz 1 aller zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtungen im jeweiligen Land. Das durchschnittliche Gesamtheimentgelt wird durch die Landesverbände der Pflegekassen auf Grundlage der am 31. Dezember des vorangehenden Jahres gültigen Gesamtheimentgelte ermittelt und jeweils ab dem 1. April für die Dauer eines Jahres bis zum 31. März festgelegt. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen. Erfolgt die Versorgung des Pflegebedürftigen gemäß Absatz 2 Satz 3 in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen im Umfang des für diese Pflegeeinrichtung geltenden Gesamtheimentgelts unmittelbar der Pflegeeinrichtung zu erstatten.

(6) Abweichend von § 34 Absatz 2 ruht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege einschließlich des Pflegegeldes oder anteiligen Pflegegeldes, solange sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige nach Absatz 1 Satz 1 oder § 40 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches versorgt wird; § 34 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz und Absatz 3 bleibt unberührt.

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen vereinbaren bis zum 30. Juni 2024 gemeinsame Empfehlungen insbesondere zum Antrags-, Genehmigungs- und Kostenerstattungsverfahren und zur Sicherung der Qualität der Versorgung der Pflegebedürftigen. Die gemeinsamen Empfehlungen sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Deutsche Rentenversicherung Bund und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen schließen bis zum 30. Juni 2024 eine Verwaltungsvereinbarung zum Antrags- und Genehmigungsverfahren.

(8) Die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung hat den Landesverbänden der Pflegekassen vor erstmaliger Versorgung Pflegebedürftiger ein auf Grundlage der gemeinsamen Empfehlungen nach Absatz 7 erstelltes Konzept zur qualitätsgesicherten Versorgung Pflegebedürftiger vorzulegen und in regelmäßigen Abständen dessen Einhaltung nachzuweisen.

(9) Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen erheben Statistiken über Anträge auf Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie deren Erledigung und Durchführung. Zur Durchfüh-



rung des Antrags-, Genehmigungs- und Kostenerstattungsverfahrens dürfen die Pflegekassen oder die privaten Versicherungsunternehmen die dafür erforderlichen Daten des Pflegebedürftigen sowie der Krankenkasse oder des Rentenversicherungsträgers der Pflegeperson den beteiligten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen übermitteln, sofern der Pflegebedürftige und die Pflegeperson in die Übermittlung einwilligen.<sup>62</sup>

*Vierter Titel*<sup>63</sup>

§ 42b<sup>64</sup>

**Vierter Titel  
Vollstationäre Pflege**<sup>65</sup>

---

**62** QUELLE

01.01.2024.—Artikel 2 Nr. 7 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) und Artikel 80 des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 359) haben die Vorschrift eingefügt.

UMNUMMERIERUNG

01.07.2025.—Artikel 2a Nr. 12 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat § 42a in § 42b unnummeriert.

QUELLE

01.07.2025.—Artikel 2a Nr. 10 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Vorschrift eingefügt. Die Vorschrift wird lauten:

**„§ 42a Gemeinsamer Jahresbetrag**

(1) Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 haben Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege nach Maßgabe des § 39 sowie Leistungen der Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 42 in Höhe eines Gesamtleistungsbetrages von insgesamt bis zu 3 539 Euro je Kalenderjahr (Gemeinsamer Jahresbetrag).

(2) Werden Leistungen der Verhinderungspflege durch Pflegeeinrichtungen erbracht, haben diese der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die Leistungserbringung und deren Umfang spätestens bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats anzuzeigen. Die Anzeige gilt als erfolgt, wenn die zur Kostenerstattung im Rahmen der Verhinderungspflege erforderlichen Nachweise und Unterlagen innerhalb dieses Zeitraums bei der Pflegekasse eingereicht worden sind und die Pflegeeinrichtung hierüber nachweisbar sichere Kenntnis hat. Werden Leistungen der Kurzzeitpflege erbracht und wird deren Abrechnung gegenüber der Pflegekasse des Pflegebedürftigen nicht bis zum Ende des auf den Monat der Leistungserbringung folgenden Kalendermonats vorgenommen, ist durch den Leistungserbringer bis zum Ablauf dieses Zeitraums die Leistungserbringung und deren Umfang gegenüber der Pflegekasse anzuzeigen.

(3) Erbringen Pflegeeinrichtungen Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege, haben die Pflegeeinrichtungen den Pflegebedürftigen im Anschluss an die Leistungserbringung unverzüglich eine schriftliche Übersicht über die dafür angefallenen Aufwendungen zu übermitteln oder auszuhändigen; auf der Übersicht ist deutlich erkennbar auszuweisen, welcher Betrag davon zur Abrechnung über den Gemeinsamen Jahresbetrag vorgesehen ist. Die Übersicht kann mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch in Textform übermittelt werden. Sofern es sich bei den Leistungserbringenden nicht um natürliche Personen handelt, finden die Sätze 1 und 2 auf andere Erbringer von Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege entsprechende Anwendung.“

**63** QUELLE

01.07.2025.—Artikel 2a Nr. 11 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Überschrift des Titels eingefügt. Die Überschrift wird lauten: „Pflegerische Versorgung bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der Pflegeperson“.

**64** UMNUMMERIERUNG

01.07.2025.—Artikel 2a Nr. 12 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat § 42a in § 42b unnummeriert.

**65** UMNUMMERIERUNG

01.01.2024.—Artikel 2 Nr. 8 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat den Dritten Titel in den Vierten Titel unnummeriert.

### § 43 Inhalt der Leistung

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

(2) Für 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. Der 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.

Abweichend 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.<sup>66</sup>

---

01.07.2025.—Artikel 2a Nr. 13 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat den Vierten Titel in den Fünften Titel unnummeriert.

#### 66 ERLÄUTERUNG

Die Vorschrift ist erst am 1. Juli 1996 in Kraft getreten.

#### ÄNDERUNGEN

01.07.1996.—Artikel 1 Nr. 19 lit. a des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat Abs. 2 neu gefasst.

Artikel 1 Nr. 19 lit. b und c desselben Gesetzes hat Abs. 3 in Abs. 4 unnummeriert und Abs. 3 eingefügt.

01.01.1998.—Artikel 1 des Gesetzes vom 5. Juni 1998 (BGBl. I S. 1229) hat Abs. 5 eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 3 Nr. 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 2 Satz 1, Abs. 3 Satz 1 und Abs. 5 Satz 1 jeweils „1999“ durch „2001“ ersetzt.

01.01.2002.—Artikel 2 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) hat in Abs. 2 Satz 1 „2 800 Deutsche Mark“ durch „1432 Euro“ und „30 000 Deutsche Mark“ durch „15 339 Euro“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „3 300 Deutsche Mark“ durch „1 688 Euro“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 8 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 „2 000 Deutsche Mark“ durch „1 023 Euro“, in Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 „2 500 Deutsche Mark“ durch „1 279 Euro“, in Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 „2 800 Deutsche Mark“ durch „1 432 Euro“, in Abs. 5 Satz 1 Nr. 4 „3 300 Deutsche Mark“ durch „1 688 Euro“ und in Abs. 5 Satz 2 und 3 jeweils „30 000 Deutsche Mark“ durch „15 339 Euro“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat in Abs. 2 Satz 1, Abs. 3 Satz 1 und Abs. 5 Satz 1 jeweils „2001“ durch „2004“ ersetzt.

01.01.2005.—Artikel 9a Nr. 2 des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat in Abs. 2 Satz 1, Abs. 3 Satz 1 und Abs. 5 Satz 1 jeweils „31. Dezember 2004“ durch „30. Juni 2007“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 8 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 30. Juni 2007 die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 432 Euro monatlich; dabei dürfen die jährlichen Ausgaben der einzelnen Pflegekasse für die bei ihr versicherten stationär Pflegebedürftigen im Durchschnitt 15 339 Euro je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Die Pflegekasse hat jeweils zum 1. Januar und 1. Juli zu überprüfen, ob dieser Durchschnittsbetrag eingehalten ist.“

Artikel 8 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 30. Juni 2007“ nach „sowie“ gestrichen.

Artikel 8 Nr. 13 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5 aufgehoben. Abs. 5 lautete:

„(5) In der Zeit vom 1. Januar 1998 bis 30. Juni 2007 übernimmt die Pflegekasse abweichend von Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung pauschal

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1 023 Euro monatlich,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1 279 Euro monatlich,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1 432 Euro monatlich,
4. für Pflegebedürftige, die nach Absatz 3 als Härtefall anerkannt sind, in Höhe von 1 688 Euro monatlich;

insgesamt darf der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 nicht übersteigen. Die jährlichen Ausgaben der einzelnen Pflegekasse für die bei ihr versicherten Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege dürfen ohne Berücksichtigung der Härtefälle im Durchschnitt 15 339 Euro je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Höhere Aufwendungen einer einzelnen Pflegekasse sind nur zulässig, wenn innerhalb der Kassenart, der die Pflegekasse angehört, ein Verfahren festgelegt ist, das die Einhaltung der Durchschnittsvorgabe von 15 339 Euro je Pflegebedürftigen innerhalb der Kassenart auf Bundesebene sicherstellt.“

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 23 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 2 und 3 neu gefasst. Abs. 2 und 3 lauteten:

„(2) Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung pauschal

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1 023 Euro je Kalendermonat,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1 279 Euro je Kalendermonat,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1 432 Euro je Kalendermonat,
4. für Pflegebedürftige, die nach Absatz 3 als Härtefall anerkannt sind, in Höhe von 1 688 Euro je Kalendermonat.

Insgesamt darf der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 nicht übersteigen. Die jährlichen Ausgaben der einzelnen Pflegekasse für die bei ihr versicherten Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege dürfen ohne Berücksichtigung der Härtefälle im Durchschnitt 15 339 Euro je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Höhere Aufwendungen einer einzelnen Pflegekasse sind nur zulässig, wenn innerhalb der Kassenart, der die Pflegekasse angehört, ein Verfahren festgelegt ist, das die Einhaltung der Durchschnittsvorgabe von 15 339 Euro je Pflegebedürftigen innerhalb der Kassenart auf Bundesebene sicherstellt. Die Pflegekasse hat jeweils zum 1. Januar und zum 1. Juli zu überprüfen, ob dieser Durchschnittsbetrag eingehalten ist.

(3) Die Pflegekassen können bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III über die Beträge nach Absatz 2 Satz 1 hinaus in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 688 Euro monatlich übernehmen, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise bei Apallikern, schwerer Demenz oder im Endstadium von Krebserkrankungen. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf bei der einzelnen Pflegekasse für nicht mehr als fünf vom Hundert der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationäre Pflegeleistungen erhalten, Anwendung finden.“

Artikel 1 Nr. 23 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat in Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 „1 023 Euro“ durch „1 064 Euro“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 „1 279 Euro“ durch „1 330 Euro“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 13 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 Buchstabe d eingefügt.

Artikel 1 Nr. 13 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 Buchstabe c den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 Buchstabe d eingefügt.

**Fünfter Titel**  
**Pauschalleistung für die Pflege von Menschen mit Behinderungen<sup>67</sup>**

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 24 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 „der Pflegegrade 2 bis 5“ nach „Pflegebedürftige“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 24 lit. b und c desselben Gesetzes hat die Abs. 2 bis 4 durch die Abs. 2 und 3 ersetzt und Abs. 5 in Abs. 4 unnummeriert. Abs. 2 bis 4 lauteten:

„(2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 1 064 Euro,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 1 330 Euro,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III
  - a) 1 470 Euro ab 1. Juli 2008,
  - b) 1 510 Euro ab 1. Januar 2010,
  - c) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012,
  - d) 1 612 Euro ab 1. Januar 2015,
4. für Pflegebedürftige, die nach Absatz 3 als Härtefall anerkannt sind,
  - a) 1 750 Euro ab 1. Juli 2008,
  - b) 1 825 Euro ab 1. Januar 2010,
  - c) 1 918 Euro ab 1. Januar 2012,
  - d) 1 995 Euro ab 1. Januar 2015.

Der von der Pflegekasse einschließlich einer Dynamisierung nach § 30 zu übernehmende Betrag darf 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 nicht übersteigen.

(3) Die Pflegekassen können in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pauschal in Höhe des nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 4 geltenden Betrages übernehmen, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise bei Apallikern, schwerer Demenz oder im Endstadium von Krebserkrankungen. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf für nicht mehr als 5 vom Hundert aller versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationäre Pflegeleistungen erhalten, Anwendung finden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen überwacht die Einhaltung dieses Höchstsatzes und hat erforderlichenfalls geeignete Maßnahmen zur Einhaltung zu ergreifen.

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

Artikel 1 Nr. 10a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 1 „ , wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 10b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

**67 QUELLE**

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 20 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat die Überschrift des Titels eingefügt.

**ÄNDERUNGEN**

01.07.2001.—Artikel 10 Nr. 16 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat „Behindertenhilfe“ durch „Hilfe für behinderte Menschen“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 11 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat die Überschrift des Titels neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen“.

**UMNUMMERIERUNG**

01.01.2024.—Artikel 2 Nr. 9 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat den Vierten Titel in den Fünften Titel unnummeriert.