

§ 43a Inhalt der Leistung

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Absatz 2 genannten Aufwendungen 15 Prozent der nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches vereinbarten Vergütung. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 266 Euro nicht überschreiten. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Neunten Buches erhalten. Wird für die Tage, an denen die Pflegebedürftigen im Sinne der Sätze 1 und 3 zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.⁶⁸

Sechster Titel**Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen⁶⁹**

01.07.2025.—Artikel 2a Nr. 14 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat den Fünften Titel in den Sechsten Titel unnummeriert.

68 QUELLE

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 20 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2001.—Artikel 10 Nr. 17 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Satz 1 „Behindertenhilfe“ durch „Hilfe für behinderte Menschen“, „berufliche und soziale Eingliederung“ durch „Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft“ und „Behinderter“ durch „behinderter Menschen“ ersetzt.

01.01.2002.—Artikel 2 Nr. 9 des Gesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) hat in Satz 2 „500 Deutsche Mark“ durch „256 Euro“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 4a des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat Satz 3 eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 10 Nr. 6 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) hat in Satz 1 „§ 93 Abs. 2 des Bundessozialhilfegesetzes“ durch „§ 75 Abs. 3 des Zwölften Buches“ ersetzt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat in Satz 2 „256 Euro“ durch „266 Euro“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 25 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Satz 1 „der Pflegegrade 2 bis 5“ nach „Pflegebedürftige“ eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

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

69 QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat die Überschrift des Titels eingefügt.

AUFHEBUNG

01.04.2007.—Artikel 8 Nr. 14 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Überschrift des Titels aufgehoben. Die Überschrift lautete: „Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege“.

QUELLE

§ 43b Inhalt der Leistung

Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen haben nach Maßgabe von § 84 Absatz 8 und § 85 Absatz 8 Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.⁷⁰

Siebter Titel

Pflegebedingter Eigenanteil bei vollstationärer Pflege⁷¹

§ 43c Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 15 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 12 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 30 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 24 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 50 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die seit mehr als 36 Monaten Leistungen nach § 43 beziehen, erhalten einen Leistungszuschlag in Höhe von 75 Prozent ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen. Bei der Bemessung der Monate, in denen Pflegebedürftige Leistungen nach § 43 beziehen, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach § 43 bezogen worden sind, berücksichtigt. Die Pflegeeinrichtung, die den Pflegebe-

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 26 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Überschrift eingefügt.

UMNUMMERIERUNG

01.01.2024.—Artikel 2 Nr. 10 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat den Fünften Titel in den Sechsten Titel unnummeriert.

01.07.2025.—Artikel 2a Nr. 15 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat den Sechsten Titel in den Siebten Titel unnummeriert.

70 QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2005.—Artikel 9a Nr. 2 des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat in Satz 1 „1. Januar 2005“ durch „1. Juli 2007“ ersetzt.

AUFHEBUNG

01.04.2007.—Artikel 8 Nr. 14 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 43b Finanzierungszuständigkeit

Vom 1. Juli 2007 an übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die in § 41 Abs. 2, § 42 Abs. 2 sowie § 43 Abs. 2, 3 und 5 genannten Aufwendungen für die in den Einrichtungen notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Das Nähere wird in einem besonderen Gesetz geregelt.“

QUELLE

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 26 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift eingefügt.

71 QUELLE

01.01.2022.—Artikel 2 Nr. 8 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Überschrift des Titels eingefügt.

UMNUMMERIERUNG

01.01.2024.—Artikel 2 Nr. 11 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat den Sechsten Titel in den Siebten Titel unnummeriert.

01.07.2025.—Artikel 2a Nr. 16 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat den Siebten Titel in den Achten Titel unnummeriert.

dürftigen versorgt, stellt der Pflegekasse des Pflegebedürftigen neben dem Leistungsbetrag den Leistungszuschlag in Rechnung und dem Pflegebedürftigen den verbleibenden Eigenanteil. Die Pflegekasse übermittelt für jeden Pflegebedürftigen beim Einzug in die Pflegeeinrichtung sowie zum 1. Januar 2022 für alle vollstationär versorgten Pflegebedürftigen die bisherige Dauer des Bezugs von Leistungen nach § 43.⁷²

Vierter Abschnitt Leistungen für Pflegepersonen

§ 44 Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

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

(2) Für Pflegepersonen, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung auch in ihrer Pfl egetätigkeit von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind oder befreit wären, wenn sie in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig wären und einen Befreiungsantrag gestellt hätten, werden die nach Absatz 1 zu entrichtenden Beiträge auf Antrag an die berufsständische Versorgungseinrichtung gezahlt. § 47a Absatz 2 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen, die Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen entrichten, entsprechend.

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

(2b) Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, nach Maßgabe des § 26 Absatz 2b des Dritten Buches nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie

72 QUELLE

01.01.2022.—Artikel 2 Nr. 8 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2024.—Artikel 2 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Satz 1 „5 Prozent“ durch „15 Prozent“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 12 lit. b desselben Gesetzes hat in Satz 2 „25 Prozent“ durch „30 Prozent“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 12 lit. c desselben Gesetzes hat in Satz 3 „45 Prozent“ durch „50 Prozent“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 12 lit. d desselben Gesetzes hat in Satz 4 „70 Prozent“ durch „75 Prozent“ ersetzt.

die sonstigen in § 347 Nummer 10 Buchstabe c des Dritten Buches genannten Stellen entrichten für die Pflegepersonen Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit. Näheres zu den Beiträgen und zum Verfahren regeln die §§ 345, 347 und 349 des Dritten Buches.

(3) Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben die in der Rentenversicherung zu versichernde Pflegeperson den zuständigen Rentenversicherungsträgern zu melden. Die Meldung für die Pflegeperson enthält:

1. ihre Versicherungsnummer, soweit bekannt,
2. ihren Familien- und Vornamen,
3. ihr Geburtsdatum,
4. ihre Staatsangehörigkeit,
5. ihre Anschrift,
6. Beginn und Ende der Pfllegetätigkeit,
7. den Pflegegrad des Pflegebedürftigen und
8. die nach § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches maßgeblichen beitragspflichtigen Einnahmen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. können mit der Deutschen Rentenversicherung Bund Näheres über das Meldeverfahren vereinbaren.

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

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

(6) Für Pflegepersonen, bei denen die Mindeststundenzahl von zehn Stunden wöchentlicher Pflege, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird, haben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Bundesagentur für Arbeit das Verfahren und die Mitteilungspflichten zwischen den an einer Addition von Pflegezeiten und Pflegeaufwänden beteiligten Pflegekassen und Versicherungsunternehmen durch Vereinbarung zu regeln. Die Pflegekassen und Versicherungsunternehmen dürfen die in Absatz 3 Satz 2

Nummer 1 bis 3 und 6 und, soweit dies für eine sichere Identifikation der Pflegeperson erforderlich ist, die in den Nummern 4 und 5 genannten Daten sowie die Angabe des zeitlichen Umfangs der Pfllegetätigkeit der Pflegeperson an andere Pflegekassen und Versicherungsunternehmen, die an einer Addition von Pflegezeiten und Pflegeaufwänden beteiligt sind, zur Überprüfung der Voraussetzungen der Rentenversicherungspflicht oder der Versicherungspflicht nach dem Dritten Buch der Pflegeperson übermitteln und ihnen übermittelte Daten verarbeiten.⁷³

73 ERLÄUTERUNG

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

ÄNDERUNGEN

01.04.1995.—Artikel 1 Nr. 21 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat in Abs. 1 Satz 1 „entrichtet die soziale Pflegeversicherung oder das private Versicherungsunternehmen, bei dem eine private Pflege-Pflichtversicherung abgeschlossen worden ist,“ durch „entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 170 Abs. 1 Nr. 6 des Sechsten Buches genannten Stellen“ ersetzt. Artikel 1 Nr. 21 lit. b und c desselben Gesetzes hat Abs. 2 und 3 in Abs. 3 und 4 unnummeriert und Abs. 2 eingefügt.

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 21 lit. a litt. bb des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat Abs. 1 Satz 3 bis 5 eingefügt.

01.01.1997.—Artikel 7 Nr. 2 des Gesetzes vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1254) hat in Abs. 1 Satz 6 „§§ 539, 541, 637, 657 und 770 der Reichsversicherungsordnung“ durch „§§ 2, 4, 105, 106, 129, 185 des Siebten Buches“ ersetzt.

01.01.1998.—Artikel 10 Nr. 2 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) hat in Abs. 1 Satz 7 „haben einen Anspruch auf Unterhaltsgeld nach Maßgabe des § 46 des Arbeitsförderungsgesetzes“ durch „können bei Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung Unterhaltsgeld nach Maßgabe der §§ 20, 78 und 153 des Dritten Buches erhalten“ ersetzt.

01.01.2005.—Artikel 10 Nr. 2 des Gesetzes vom 23. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2848) hat Satz 7 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 7 lautete: „Pflegepersonen, die nach der Pfllegetätigkeit ins Erwerbsleben zurückkehren wollen, können bei Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung Unterhaltsgeld nach Maßgabe der §§ 20, 78 und 153 des Dritten Buches erhalten.“

Artikel 10 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 1 Satz 2 „§§ 3, 141, 166“ durch „§§ 3, 137, 166“ ersetzt.

30.03.2005.—Artikel 9a Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) hat in Abs. 4 jeweils „Absatz 2“ durch „Absatz 3“ ersetzt.

Artikel 9a Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

01.10.2005.—Artikel 10 Nr. 1 lit. b des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 3 Satz 3 „dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger“ durch „der Deutschen Rentenversicherung Bund“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 8 Nr. 15 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 Satz 3 „Die Spitzenverbände“ durch „Der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 17 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 1 Satz 3 „ , und erfragt in den Fällen, in denen die Pflege des Pflegebedürftigen die Dauer von 14 Stunden unterschreitet, ob die Pflegeperson weitere Pflegebedürftige pflegt“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 17 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 6 eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 27 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Sinne des § 19 entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 170 Abs. 1 Nr. 6 des Sechsten Buches genannten Stellen Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als dreißig Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Näheres regeln die §§ 3, 137, 166 und 170 des Sechsten Buches. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung stellt im Einzelfall fest, ob und in welchem zeitlichen Umfang häusliche Pflege durch eine Pflegeperson erforderlich ist, und erfragt in den Fällen, in denen die Pflege des Pflegebedürftigen die Dauer von 15 Stunden unterschreitet, ob die Pflegeperson weitere Pflegebedürftige pflegt. Der Pflegebedürftige oder die Pflle-

geperson haben darzulegen und auf Verlangen glaubhaft zu machen, daß Pflegeleistungen in diesem zeitlichen Umfang auch tatsächlich erbracht werden. Dies gilt insbesondere, wenn Pflegesachleistungen (§ 36) in Anspruch genommen werden. Während der pflegerischen Tätigkeit sind die Pflegepersonen nach Maßgabe der §§ 2, 4, 105, 106, 129, 185 des Siebten Buches in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen. Pflegepersonen, die nach der Pflgetätigkeit ins Erwerbsleben zurückkehren wollen, können bei beruflicher Weiterbildung nach Maßgabe des Dritten Buches bei Vorliegen der dort genannten Voraussetzungen gefördert werden.“

Artikel 2 Nr. 27 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „Satz 1 und 2“ nach „Absatz 1“ gestrichen.

Artikel 2 Nr. 27 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2a und 2b eingefügt.

Artikel 2 Nr. 27 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „sowie nach dem Dritten Buch“ nach „Unfallversicherung“ und „sowie der Bundesagentur für Arbeit“ nach „Unfallversicherungsträgern“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 27 lit. d litt. bb litt. aaa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 Nr. 7 „die Pflegestufe“ durch „den Pflegegrad“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 27 lit. d litt. bb litt. bbb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 Nr. 8 „unter Berücksichtigung des Umfangs der Pflgetätigkeit nach § 166“ durch „nach § 166 Absatz 2“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 27 lit. d litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „sowie mit der Bundesagentur für Arbeit“ nach „Unfallversicherung“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 27 lit. e desselben Gesetzes hat die Sätze 1 und 2 in Abs. 5 neu gefasst. Die Sätze 1 und 2 lauteten: „Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben in den Fällen, in denen eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson einen Pflegebedürftigen pflegt, der Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge hat und für die die Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 Buchstabe c des Sechsten Buches anteilig getragen werden, im Antragsverfahren auf Leistungen der Pflegeversicherung von dem Pflegebedürftigen ab dem 1. Juni 2005 die zuständige Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder den Dienstherrn unter Hinweis auf die beabsichtigte Weiterleitung der in Satz 2 genannten Angaben an diese Stelle zu erfragen. Der angegebenen Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn sind bei Feststellung der Beitragspflicht die in Absatz 3 Satz 2 Nr. 1 bis 5 und 8 genannten Angaben sowie der Beginn der Beitragspflicht mitzuteilen.“

Artikel 2 Nr. 27 lit. f desselben Gesetzes hat Abs. 6 neu gefasst. Abs. 6 lautete:

„(6) Für die Fälle, in denen die Mindeststundenzahl von 14 Stunden wöchentlicher Pflege für die Rentenversicherungspflicht einer Pflegeperson nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird, haben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Deutsche Rentenversicherung Bund das Verfahren und die Mitteilungspflichten zwischen den an einer Addition von Pflegezeiten beteiligten Pflegekassen und Versicherungsunternehmen durch Vereinbarung zu regeln. Die Pflegekassen und Versicherungsunternehmen dürfen die in Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 bis 3 und 6 und, soweit dies für eine sichere Identifikation der Pflegeperson erforderlich ist, die in den Nummern 4 und 5 genannten Daten sowie die Angabe des zeitlichen Umfangs der Pflgetätigkeit der Pflegeperson an andere Pflegekassen und Versicherungsunternehmen, die an einer Addition von Pflegezeiten beteiligt sind, zur Überprüfung der Voraussetzungen der Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson übermitteln und ihnen übermittelte Daten verarbeiten und nutzen.“
01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 8 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Abs. 5 Satz 4 bis 6 eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 132 Nr. 6 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 6 Satz 2 „und nutzen“ am Ende gestrichen.

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 „Dienst“ gestrichen.

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 9 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

01.01.2023.—Artikel 9 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) hat Satz 1 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben die in der Renten- und Unfallversicherung sowie nach dem Dritten Buch zu versichernde Pflegeperson den zuständigen Renten- und Unfallversicherungsträgern sowie der Bundesagentur für Arbeit zu melden.“

Artikel 9 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. können mit der

§ 44a Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

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

(2) (weggefallen)

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

(4) Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen, erhalten für die Dauer des Leistungsbezuges von den in Absatz 3 bezeichneten Organisationen auf Antrag Zuschüsse zur Krankenversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Die Zuschüsse belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Leistungsträgeranteil nach § 249c des Fünften Buches aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung nach Satz 3 werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a Absatz 2 des Fünften Buches

Deutschen Rentenversicherung Bund und mit den Trägern der Unfallversicherung sowie mit der Bundesagentur für Arbeit Näheres über das Meldeverfahren vereinbaren.“

zugrunde gelegt. Für Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen und wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen die in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen auf Antrag Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung in der Höhe, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären. Die von den in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen zu zahlenden Beiträge sind auf die Höhe der Beiträge begrenzt, die von diesen Stellen ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für die Dauer des Leistungsbezugs zu tragen wären; die Beiträge dürfen die Hälfte der in der Zeit des Leistungsbezugs vom Beschäftigten an die berufsständische Versorgungseinrichtung zu zahlenden Beiträge nicht übersteigen. § 47a Absatz 2 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen, die Beiträge an berufsständische Versorgungseinrichtungen entrichten, entsprechend.

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

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

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

1. die Versicherungsnummer, soweit bekannt,
2. der Familien- und der Vorname,
3. das Geburtsdatum,
4. die Staatsangehörigkeit,
5. die Anschrift,
6. der Beginn des Bezugs von Pflegeunterstützungsgeld,

7. die Höhe des dem Pflegeunterstützungsgeld zugrunde liegenden ausgefallenen Arbeitsentgelts und
8. Name und Anschrift der Krankenkasse oder des privaten Krankenversicherungsunternehmens.⁷⁴

§ 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

(1) Die Pflegekassen haben für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern und ihrer Entstehung vorzubeugen. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt. § 114a Absatz 3a gilt entsprechend. Die Pflegekassen sollen auch digitale Pflegekurse anbieten; die Pflicht der Pflegekassen zur Durchführung von Schulungskursen nach Satz 1 vor Ort bleibt unberührt.

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

74 QUELLE

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2015.—Artikel 8 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit“.

Artikel 8 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 bis 7 eingefügt.

Artikel 5 Nr. 0 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 3 Satz 1 „;“ dabei wird ab 1. Januar 2009 für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt“ am Ende gestrichen.

Artikel 5 Nr. 0 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 4 und 5 in Abs. 1 neu gefasst. Die Sätze 4 und 5 lauteten: „In der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 wird bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz der jeweiligen Krankenkasse (§ 241 des Fünften Buches), bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen sowie jeweils der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt. Bei Personen, die nicht Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, wird in der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 2008 der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der Krankenkassen nach § 245 Abs. 1 des Fünften Buches sowie der zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,9 vom Hundert (§ 241a des Fünften Buches) zugrunde gelegt.“

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 22 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 7 Satz 2 Nr. 6 „und“ durch ein Komma ersetzt, in Abs. 7 Satz 2 Nr. 7 den Punkt durch „und“ ersetzt und Abs. 7 Satz 2 Nr. 8 eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 28 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Abs. 2 aufgehoben. Abs. 2 lautete:

„(2) Pflegenden Personen sind während der Inanspruchnahme einer Pflegezeit im Sinne des Pflegezeitgesetzes nach Maßgabe des Dritten Buches nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert.“

29.07.2017.—Artikel 9 Nr. 2 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) hat Abs. 4 Satz 6 eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 10 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 4 Satz 7 eingefügt.

01.01.2024.—Artikel 2 Nr. 13 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 3 Satz 1 „insgesamt zehn Arbeitstage“ durch „zehn Arbeitstage je Kalenderjahr“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 13 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „je Kalenderjahr“ nach „Arbeitstage“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 und 3 jeweils „je Kalenderjahr“ nach „Arbeitstage“ eingefügt.

(3) Über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse können die Landesverbände der Pflegekassen Rahmenvereinbarungen mit den Trägern der Einrichtungen schließen, die die Pflegekurse durchführen.⁷⁵

Fünfter Abschnitt

Angebote zur Unterstützung im Alltag, Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts sowie der Selbsthilfe⁷⁶

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

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

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegenden dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),

75 ERLÄUTERUNG

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

ÄNDERUNGEN

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat in Abs. 1 Satz 3 „kann“ durch „soll“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 8 Nr. 16 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 „und die Verbände der Ersatzkassen, soweit sie Aufgaben der Pflegeversicherung auf Landesebene wahrnehmen,“ nach „Pflegekassen“ gestrichen.

25.07.2015.—Artikel 6 Nr. 4 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat in Abs. 1 Satz 1 „und ihrer Entstehung vorzubeugen“ am Ende eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 23 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 1 „sollen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten“ durch „haben für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltlich Schulungskurse durchzuführen“ ersetzt. Artikel 1 Nr. 23 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 1 durch die Sätze 3 und 4 ersetzt. Satz 3 lautete: „Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden.“

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 11a des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat Abs. 1 Satz 5 eingefügt.

76 QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat die Überschrift des Abschnitts eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 26 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 15 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat in der Überschrift „ , zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ nach „Betreuungsbedarf“ eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 29 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“

3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

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

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

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

(4) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Zur Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 bedarf es keiner vorherigen Antragstellung. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Ist

vor der Auszahlung der Kostenerstattung nach Satz 1 für den jeweiligen Kalendermonat bereits mehr Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden, als er nach Berücksichtigung des Betrages der zu erstattenden Aufwendungen beanspruchen kann, wird der Kostenerstattungsbetrag insoweit mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5 und 7 bis 9 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Die Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlassungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.⁷⁷

77 QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 8 Nr. 17 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Satz 3 „Die Spitzenverbände der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich beschließen“ durch „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt“ und „der Spitzenverbände“ durch „des Spitzenverbandes Bund“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 27 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Dies sind Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.“

Artikel 1 Nr. 27 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene“ nach „Bundesebene“ eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 18 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 1 Satz 2 „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter“ nach „Krankenversicherung“ eingefügt und „hat“ nach „festgestellt“ durch „haben“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter“ nach „Dienstes“ eingefügt und „feststellt“ durch „feststellen“ ersetzt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 16 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat in Abs. 1 Satz 1 „Die“ durch „Soweit nichts anderes bestimmt ist, betreffen die“ ersetzt und „betreffen“ nach „Abschnitt“ gestrichen.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 29 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 45a Berechtigter Personenkreis

(1) Soweit nichts anderes bestimmt ist, betreffen die Leistungen in diesem Abschnitt Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind

1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie
2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht,

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

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

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;

§ 45b Entlastungsbetrag

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

1. Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
2. Leistungen der Kurzzeitpflege,

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

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.“

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 9 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 1 Satz 5 „oder vergleichbar nahestehender Pflegepersonen“ nach „Angehöriger“ eingefügt.

01.07.2021.—Artikel 2 Nr. 11 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Sätze 3 bis 7 in Abs. 4 durch die Sätze 3 bis 8 ersetzt. Die Sätze 3 bis 7 lauteten: „Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Satz 1 genannten Leistungen entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 und 8 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Möglichkeit zur anteiligen Verwendung der in § 36 für den Bezug ambulanter Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbeträge auch für Leistungen nach Landesrecht anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag nach den Sätzen 1 bis 6 spätestens bis zum 31. Dezember 2018.“

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

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

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

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

(4) Die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 4 verlangte Vergütung darf die Preise für vergleichbare Sachleistungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nicht übersteigen. Näheres zur Ausgestaltung einer entsprechenden Begrenzung der Vergütung, die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 durch nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verlangt werden darf, können die Landesregierungen in der Rechtsverordnung nach § 45a Absatz 3 bestimmen.⁷⁸

78 QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 28 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Pflegebedürftige, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können neben den in diesem Kapitel vorgesehenen Leistungen der ambulanten und teilstationären Pflege zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen und erhalten zu deren Finanzierung einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr.“

Artikel 1 Nr. 28 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 bis 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 28 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 6 „Pflegebedürftigen“ durch „Versicherten“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 28 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 2 neu gefasst. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Wird der Betrag von 460 Euro in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das Folgejahr übertragen werden. Pflegebedürftige, die erst im Laufe eines Kalenderjahres die Leistungsvoraussetzungen nach § 45a erfüllen, erhalten den Betrag von 460 Euro anteilig.“

Artikel 1 Nr. 28 lit. c desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 1 lautete: „Die zuständige Pflegekasse oder das zuständige private Versicherungsunternehmen stellt den Pflegebedürftigen auf Verlangen eine Liste der in ihrem Einzugsbereich vorhandenen qualitätsgesicherten Betreuungsange-

bote zur Verfügung, deren Leistungen mit dem Betreuungsbetrag nach Absatz 1 finanziert werden können.“

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 17 lit. a des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Zusätzliche Betreuungsleistungen“.

Artikel 1 Nr. 17 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „Betreuungsleistungen“ durch „Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 17 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „100 Euro“ durch „104 Euro“ und „200 Euro“ durch „208 Euro“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 17 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 4 „Betreuungsbetrages“ durch „Betreuungs- und Entlastungsbetrages“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 17 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 5 „Betreuungsleistungen“ durch „Leistungen der Betreuung oder Entlastung“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 17 lit. b litt. ee litt. aaa desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 6 Nr. 3 „oder Angebote der hauswirtschaftlichen Versorgung“ nach „Betreuung“ eingefügt und „und hauswirtschaftlichen Versorgung“ nach „Grundpflege“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 17 lit. b litt. ee litt. bbb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 6 Nr. 4 „Betreuungsangebote“ durch „Betreuungs- und Entlastungsangebote“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 17 lit. b litt. ff desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 17 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 1a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 17 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Pflegebedürftigen“ durch „Anspruchsberechtigten“ und „Betreuungsleistungen“ durch „Leistungen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 17 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „Absatz 1“ durch „den Absätzen 1 und 1a“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 17 lit. c und d desselben Gesetzes hat Abs. 3 durch Abs. 3 und 4 ersetzt. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote zu bestimmen.“

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 29 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) und Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) haben die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 45b Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen, Verordnungsermächtigung

(1) Versicherte, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden ersetzt, höchstens jedoch 104 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 208 Euro monatlich (erhöhter Betrag). Die Höhe des jeweiligen Anspruchs nach Satz 2 wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Einzelfall festgelegt und dem Versicherten mitgeteilt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene Richtlinien über einheitliche Maßstäbe zur Bewertung des Hilfebedarfs auf Grund der Schädigungen und Fähigkeitsstörungen in den in § 45a Abs. 2 Nr. 1 bis 13 aufgeführten Bereichen für die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der jeweiligen Höhe des Betreuungs- und Entlastungsbetrages; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen der Betreuung und Entlastung. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

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

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der in Satz 6 genannten Betreuungs- und Entlastungsleistungen Mittel der Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden.

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

(1a) Pflegebedürftige, die nicht die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können ebenfalls zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach Absatz 1 in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden bis zu einem Betrag in Höhe von 104 Euro monatlich ersetzt.

(2) Die Anspruchsberechtigten erhalten die zusätzlichen finanziellen Mittel auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 genannten Leistungen. Die Leistung nach den Absätzen 1 und 1a kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

(3) Soweit für die entsprechenden Leistungsbeträge nach den §§ 36 und 123 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden, können die nach Absatz 1 oder Absatz 1a anspruchsberechtigten Versicherten unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote zusätzlich zu den in den Absätzen 1 und 1a genannten Beträgen in Anspruch nehmen. Der nach Satz 1 für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrags für ambulante Pflegesachleistungen nicht überschreiten. Die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sind sicherzustellen. Die Aufwendungen, die den Anspruchsberechtigten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach Satz 1 entstehen, werden erstattet; Absatz 2 Satz 1 gilt entsprechend. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 und 4 sowie § 123 zustehenden Sachleistung. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 und 8 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 4 erfolgt. § 13 Absatz 3a findet auf die Inanspruchnahme der Leistung nach Satz 1 keine Anwendung. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Möglichkeit zur anteiligen Verwendung der in den §§ 36 und 123 für den Bezug ambulanter Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbeträge auch für Leistungen niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote nach den Sätzen 1 bis 8 spätestens innerhalb von vier Jahren nach Inkrafttreten.

(4) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote zu bestimmen. Niedrigschwellige Angebote, die sowohl die Voraussetzungen des § 45c Absatz 3 als auch des § 45c Absatz 3a erfüllen, können unter Beachtung der jeweiligen Anerkennungsbedingungen eine gemeinsame Anerkennung als Betreuungs- und Entlastungsangebot erhalten.“

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Abs. 1 Satz 5 eingefügt.

Artikel 11 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Die Leistung nach Absatz 1 Satz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.“

01.01.2024.—Artikel 2 Nr. 14 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat Satz 4 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der in Satz 3 genannten Leistungen Mittel der Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden.“

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

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

Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 Prozent des in Satz 1 genannten Fördervolumens. Darüber hinaus fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 20 Millionen Euro je Kalenderjahr die strukturierte Zusammenarbeit in regionalen Netzwerken nach Absatz 9; Satz 2 gilt entsprechend. Fördermittel nach Satz 3, die in dem jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen nach Satz 1; dadurch erhöht sich auch das in Absatz 2 Satz 2 genannte Gesamtfördervolumen entsprechend. Im Rahmen der Förderung nach Satz 1 können jeweils auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten.

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

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

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

(5) Im Rahmen der Modellförderung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der erforderlichen Hilfen für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige und andere Gruppen von Pflegebedürftigen, deren Versorgung in besonderem Maße der strukturellen Weiterentwicklung bedarf, in einzelnen Regionen erprobt werden. Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben

kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Für die Modellvorhaben sind eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

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

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

(8) Der Finanzierungsanteil, 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 (§ 65) überwiesen werden. Näheres über das Verfahren der Auszahlung der Fördermittel, die aus dem Ausgleichsfonds zu finanzieren sind, sowie über die Zahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen regeln das Bundesamt für Soziale Sicherung, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. durch Vereinbarung.

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

meinsam im Wege einer Anteilsfinanzierung an den netzwerkbedingten Kosten beteiligen. Je Kreis oder kreisfreier Stadt können zwei regionale Netzwerke, je Kreis oder kreisfreier Stadt ab 500 000 Einwohnern bis zu vier regionale Netzwerke gefördert werden. Abweichend von Satz 1 können pro Bezirk in den Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, zwei regionale Netzwerke gefördert werden. Der Förderbetrag pro Netzwerk darf dabei 25 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten. Die Landesverbände der Pflegekassen erstellen eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke, aktualisieren diese mindestens einmal jährlich und veröffentlichen sie auf einer eigenen Internetseite. Den Kreisen und kreisfreien Städten, Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Sinne des § 45d sowie organisierten Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen im Sinne des Absatzes 4 ist in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet die Teilnahme an der geförderten strukturierten regionalen Zusammenarbeit zu ermöglichen. Für private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, gelten die Sätze 1 bis 5 entsprechend. Absatz 7 Satz 1 bis 4 und Absatz 8 finden entsprechende Anwendung. Die Absätze 2 und 6 finden keine Anwendung. Die Empfehlungen nach Absatz 7, soweit sie die Förderung der regionalen Netzwerke betreffen, sind bis zum 31. Dezember 2021 zu aktualisieren.⁷⁹

79 QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

28.11.2003.—Artikel 212 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 6 Satz 3 „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. 6 Satz 3 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.07.2008.—Artikel 8 Nr. 18 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „fördern die Spitzenverbände“ durch „fördert der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

Artikel 8 Nr. 18 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen“ durch „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt“ ersetzt.

Artikel 8 Nr. 18 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 2 „die Spitzenverbände“ durch „der Spitzenverband Bund“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 29 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 1 Satz 1 „10 Millionen Euro“ durch „25 Millionen Euro“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 29 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „20 Millionen Euro“ durch „50 Millionen Euro“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 29 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 2 eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 18 lit. a des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“.

Artikel 1 Nr. 18 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Betreuungsangebote“ durch „Betreuungs- und Entlastungsangebote“ und „Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Pflegebedarf“ durch „Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I sowie für Versicherte ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen,“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung“ durch „mindestens Pflegestufe I sowie von Versicherten ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen,“ ersetzt und „und vergleichbar nahestehende Pflegepersonen“ nach „Angehörige“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 5 „insbesondere“ nach „kommen“ eingefügt und „im Sinne des § 45a“ durch „mit mindestens Pflegestufe I sowie für Versicherte ohne pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen,“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 3a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „für demenzkranke Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen“ durch „erforderlichen Hilfen für demenzkranke Pflegebedürftige und die Voraussetzungen des § 45a erfüllende Versicherte ohne Pflegestufe“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 6 „oder die Voraussetzungen des § 45a erfüllenden Versicherten ohne Pflegestufe“ nach „Pflegebedürftigen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 18 lit. g desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 und 2 jeweils „Betreuungsangebote“ durch „Betreuungs- und Entlastungsangebote“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 29 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) und Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) haben die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 45c Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, Verordnungsermächtigung

(1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 25 Millionen Euro je Kalenderjahr den Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige. Ebenso gefördert werden können aus den in Satz 1 genannten Mitteln niedrigschwellige Entlastungsangebote für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I sowie für Versicherte ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 vom Hundert des in Satz 1 genannten Fördervolumens.

(2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote und der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I sowie für versicherte ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 50 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.

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

(3a) Niedrigschwellige Entlastungsangebote im Sinne des Absatzes 1 Satz 2 sind Angebote für Pflegebedürftige mit mindestens Pflegestufe I sowie für Versicherte ohne Pflegestufe, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, die der Deckung des Bedarfs der Anspruchsberechtigten an Unterstützung im Haushalt, insbesondere bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des All-

§ 45d Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung

tags oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen dienen oder die dazu beitragen, Angehörige oder vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zu entlasten. Niedrigschwellige Entlastungsangebote beinhalten die Erbringung von Dienstleistungen, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, organisatorische Hilfestellungen, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur Bewältigung des Pflegealltags oder andere geeignete Maßnahmen. Absatz 3 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Entlastungsangebote kommen insbesondere in Betracht Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen, Alltagsbegleiter sowie Pflegebegleiter.

(4) Im Rahmen der Modellförderung nach Absatz 1 Satz 1 sollen insbesondere modellhaft Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der erforderlichen Hilfen für demenzkranke Pflegebedürftige und die Voraussetzungen des § 45a erfüllende Versicherte ohne Pflegestufe in einzelnen Regionen erprobt werden. Dabei können auch stationäre Versorgungsangebote berücksichtigt werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese nur mit Einwilligung des Pflegebedürftigen oder die Voraussetzungen des § 45a erfüllenden Versicherten ohne Pflegestufe erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(5) Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Mittel, die in einem Land im jeweiligen Haushaltsjahr nicht in Anspruch genommen werden, können in das Folgejahr übertragen werden.

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

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

01.01.2020.—Artikel 39 Nr. 10 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 8 Satz 1 und 2 jeweils „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 11b des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat Abs. 1 Satz 5 eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 12 lit. b litt. cc des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 9 Satz 7 eingefügt.

01.01.2022.—Artikel 2 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 1 Satz 3 „10 Millionen Euro“ durch „20 Millionen Euro“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 12 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 9 durch die Sätze 3 bis 6 ersetzt. Satz 3 lautete: „Je Kreis oder kreisfreier Stadt darf der Förderbetrag dabei 20 000 Euro je Kalenderjahr nicht überschreiten.“

Artikel 2 Nr. 12 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 9 Satz 8 „bis 4“ durch „bis 5“ ersetzt.

Je Kalenderjahr werden 0,15 Euro je Versicherten verwendet zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zum Ziel gesetzt haben; um eine gerechte Verteilung dieser Fördermittel auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Der Zuschuss aus den Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach Satz 1 ergänzt eine Förderung durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft und wird jeweils in Höhe von 75 Prozent des Zuschusses gewährt, der für die einzelne Fördermaßnahme insgesamt geleistet wird. Davon abweichend können von den nach Satz 1 auf die Länder aufgeteilten Mitteln Fördermittel in Höhe von insgesamt je Kalenderjahr bis zu 0,01 Euro je Versicherten als Gründungszuschüsse für neue Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet werden, ohne dass es für die Förderung einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Die Gründungszuschüsse sind von den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen; das Nähere zur Durchführung der Förderung und zum Verfahren wird in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt. Im Übrigen werden für die Förderung der Selbsthilfe die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren, einschließlich § 45c Absatz 2 Satz 3 und 4 und Absatz 6 Satz 2, entsprechend angewendet. § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass von den in das Folgejahr übertragenen Mitteln nach Satz 1, die am Ende des Folgejahres nicht in Anspruch genommen worden sind, Fördermittel in Höhe von 0,01 Euro je Versicherten in dem auf das Folgejahr folgenden Jahr von einer Übertragung auf die Länder ausgenommen sind. Die nach Satz 6 von der Übertragung ausgenommenen Mittel werden zur Förderung von bundesweiten Tätigkeiten von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen verwendet. Die Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten erfolgt durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, ohne dass es einer Mitfinanzierung durch das Land oder durch eine kommunale Gebietskörperschaft bedarf. Die Förderung der bundesweiten Selbsthilfetätigkeiten ist von den Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen unmittelbar beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu beantragen. Die Bewilligung der Fördermittel aus den gemäß den Sätzen 6 und 7 zur Verfügung stehenden Mitteln durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen darf jeweils für einen Zeitraum von maximal fünf Jahren erfolgen. Nach erneuter Antragstellung kann eine Förderung erneut bewilligt werden. Die Einzelheiten zu den Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und der Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel nach Satz 7 werden in den Empfehlungen nach § 45c Absatz 7 festgelegt. Selbsthilfegruppen im Sinne dieser Vorschrift sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder aufgrund eigener Betroffenheit oder als Angehörige oder vergleichbar Nahestehende das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern. Selbsthilfeorganisationen sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen in Verbänden. Selbsthilfekontaktstellen sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu verbessern. Eine Förderung der Selbsthilfe nach dieser Vorschrift ist ausgeschlossen, soweit für dieselbe Zweckbestimmung eine Förderung nach § 20h des Fünften Buches erfolgt. § 45c Absatz 7 Satz 5 gilt entsprechend. Im Rahmen der Förderung der Selbsthilfe können auch digitale Anwendungen berücksichtigt werden, sofern diese den geltenden Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten.⁸⁰

80 QUELLE

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 19 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) In entsprechender Anwendung des § 45c können die dort vorgesehenen Mittel des Ausgleichsfonds, die dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenziell Erkrankte zur Verfügung stehen, auch verwendet werden zur Förderung und zum Auf- und Ausbau

1. von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben, und
2. von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben.“

Artikel 1 Nr. 19 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 1 und 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 19 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 3 „im Sinne von Absatz 1“ nach „Selbsthilfegruppen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 19 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 4 „im Sinne von Absatz 1“ nach „Selbsthilfeorganisationen“ und „nach Satz 1“ nach „Selbsthilfegruppen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 19 lit. b litt. dd desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 5 „im Sinne von Absatz 1“ nach „Selbsthilfekontaktstellen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 19 lit. b litt. ee desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 6 eingefügt.

25.07.2015.—Artikel 6 Nr. 5 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat in Abs. 2 Satz 6 „§ 20c“ durch „§ 20h“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 29 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 45d Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe

(1) In entsprechender Anwendung des § 45c können die dort vorgesehenen Mittel des Ausgleichsfonds, die dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenziell Erkrankte zur Verfügung stehen, auch verwendet werden zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die sich die Unterstützung, allgemeine Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben.

(2) Je Versicherten werden 0,10 Euro je Kalenderjahr verwendet zur Förderung und zum Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, die sich die Unterstützung von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zum Ziel gesetzt haben. Dabei werden die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren entsprechend angewendet. Selbsthilfegruppen sind freiwillige, neutrale, unabhängige und nicht gewinnorientierte Zusammenschlüsse von Personen, die entweder auf Grund eigener Betroffenheit oder als Angehörige das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern. Selbsthilfeorganisationen sind die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen in Verbänden. Selbsthilfekontaktstellen sind örtlich oder regional arbeitende professionelle Beratungseinrichtungen mit hauptamtlichem Personal, die das Ziel verfolgen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern. Eine Förderung der Selbsthilfe nach dieser Vorschrift ist ausgeschlossen, soweit für dieselbe Zweckbestimmung eine Förderung nach § 20h des Fünften Buches erfolgt.

(3) § 45c Abs. 6 Satz 4 gilt entsprechend.“

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Satz 1 „Versichertem werden 0,10 Euro je Kalenderjahr“ durch „Kalenderjahr werden 0,15 Euro je Versicherten“ ersetzt und „ ; um eine gerechte Verteilung dieser Fördermittel auf die Länder zu gewährleisten,

**Sechster Abschnitt
Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen⁸¹**

§ 45e Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

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

(2) Die Pflegekassen zahlen den Förderbetrag aus, wenn die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe nachgewiesen wird. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesamt für Soziale Sicherung den Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist. Einzelheiten zu den Voraussetzungen und dem Verfahren der Förderung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.⁸²

§ 45f Weiterentwicklung neuer Wohnformen

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

(2) Einrichtungen, die aus diesem Grund bereits eine Modellförderung, insbesondere nach § 8 Absatz 3, erfahren haben, sind von der Förderung nach Absatz 1 Satz 1 ausgenommen. Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 entsprechend.⁸³

werden die Fördermittel der Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt“ am Ende eingefügt.

Artikel 11 Nr. 11 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 durch die Sätze 2 bis 12 ersetzt. Satz 2 lautete: „Dabei werden die Vorgaben des § 45c und das dortige Verfahren entsprechend angewendet.“

Artikel 11 Nr. 11 lit. c desselben Gesetzes hat im neuen Satz 13 „im Sinne dieser Vorschrift“ nach „Selbsthilfegruppen“ und „oder vergleichbar Nahestehende“ nach „Angehörige“ eingefügt.

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 11c des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat Satz 18 eingefügt.

81 QUELLE

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 20 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Überschrift des Abschnitts eingefügt.

82 QUELLE

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 20 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 19 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat Abs. 1 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 19 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 5 „bis 3“ durch „bis 4“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 19 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „ , spätestens aber am 31. Dezember 2015“ am Ende gestrichen.

01.01.2020.—Artikel 39 Nr. 10 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 2 Satz 2 „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

83 QUELLE

Fünftes Kapitel Organisation

Erster Abschnitt Träger der Pflegeversicherung

§ 46 Pflegekassen

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

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

(3) Die Verwaltungskosten einschließlich der Personalkosten, die den Krankenkassen auf Grund dieses Buches entstehen, werden von den Pflegekassen in Höhe von 3 vom Hundert des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen erstattet; dabei ist der Erstattungsbetrag für die einzelne Krankenkasse um die Hälfte der Aufwendungen der jeweiligen Pflegekasse für Pflegeberatung nach § 7a Abs. 4 Satz 5 und um die Aufwendungen für Zahlungen nach § 18c Absatz 5 zu vermindern. Bei der Berechnung der Erstattung sind die Beitragseinnahmen um die Beitragseinnahmen zu vermindern, die dazu bestimmt sind, nach § 135 dem Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung zugeführt zu werden. Der Gesamtbetrag der nach Satz 1 zu erstattenden Verwaltungskosten aller Krankenkassen ist nach dem tatsächlich entstehenden Aufwand (Beitragseinzug/ Leistungsgewährung) auf die Krankenkassen zu verteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmen das Nähere über die Verteilung. Außerdem übernehmen die Pflegekassen 50 vom Hundert der umlagefinanzierten Kosten des Medizinischen Dienstes. Personelle Verwaltungskosten, die einer Betriebskrankenkasse von der Pflegekasse erstattet werden, sind an den Arbeitgeber weiterzuleiten, wenn er die Personalkosten der Betriebskrankenkasse nach § 149 Absatz 2 des Fünften Buches trägt. Der Verwaltungsaufwand in der sozialen Pflegeversicherung ist nach Ablauf von einem Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zu überprüfen.

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

(5) Bei Vereinigung, Auflösung und Schließung einer Krankenkasse gelten die §§ 143 bis 170 des Fünften Buches für die bei ihr errichtete Pflegekasse entsprechend.

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

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 20 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

Rechnungs- und Betriebsführung der ihrer Aufsicht unterstehenden Pflegekassen und deren Arbeitsgemeinschaften zu prüfen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Prüfung der bundesunmittelbaren Pflegekassen und deren Arbeitsgemeinschaften, die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können die Prüfung der landesunmittelbaren Pflegekassen und deren Arbeitsgemeinschaften auf eine öffentlich-rechtliche Prüfungseinrichtung übertragen, die bei der Durchführung der Prüfung unabhängig ist. Die Prüfung hat sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb zu erstrecken; sie umfaßt die Prüfung seiner Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Pflegekassen und deren Arbeitsgemeinschaften haben auf Verlangen alle Unterlagen vorzulegen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur Durchführung der Prüfung erforderlich sind. Die mit der Prüfung nach diesem Absatz befassten Stellen können nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen als Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmen, dass die Pflegekassen die zu prüfenden Daten elektronisch und in einer bestimmten Form zur Verfügung stellen. § 274 Abs. 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.⁸⁴

84 ERLÄUTERUNG

Abs. 1, 2, 5 und 6 sind bereits am 1. Juni 1994 in Kraft getreten.

07.11.2001.—Artikel 219 Nr. 4 der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 4 „Arbeit und Sozialordnung wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit“ durch „Gesundheit wird ermächtigt,“ und in Abs. 6 Satz 3 „Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit“ durch „Gesundheit kann“ ersetzt.

28.11.2003.—Artikel 212 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 4 und 6 Satz 3 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt.

01.10.2005.—Artikel 10 Nr. 2 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat die Sätze 3 bis 5 in Abs. 1 aufgehoben. Die Sätze 3 bis 5 lauteten: „Bei der Seekasse wird die Pflegeversicherung in einer besonderen Abteilung unter dem Namen See-Pflegekasse durchgeführt. Über die Einnahmen und Ausgaben der See-Pflegekasse ist eine gesonderte Rechnung zu führen. Ihre Mittel sind getrennt zu verwalten.“

Artikel 10 Nr. 2 desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 3 „Bundesknappschaft“ durch „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ ersetzt.

08.11.2006.—Artikel 264 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 4 und 6 Satz 3 jeweils „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen.

01.04.2007.—Artikel 8 Nr. 19 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Satz 3 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See führt die Pflegeversicherung für die knappschaftlich Versicherten durch.“

Artikel 8 Nr. 19 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „umlagefinanzierten“ vor „Kosten“ eingefügt.

01.01.2008.—Artikel 5a des Gesetzes vom 19. Dezember 2007 (BGBl. I S. 3024) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 8 Nr. 19 lit. b litt. aa des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Satz 3 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Die Spitzenverbände der Krankenkassen bestimmen das Nähere über die Verteilung; § 213 des Fünften Buches gilt.“

Artikel 1 Nr. 31 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 2 Satz 4 und 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 31 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „; dabei ist der Erstattungsbetrag für die einzelne Krankenkasse um die Hälfte der Aufwendungen der jeweiligen Pflegekasse für Pflegeberatung nach § 7a Abs. 4 Satz 5 zu vermindern“ am Ende eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 21 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 3 Satz 1 „und um die Aufwendungen für Zahlungen nach § 18 Absatz 3b“ nach „Satz 5“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 21 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 2 „und deren Arbeitsgemeinschaften“ nach „Pflegekassen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 21 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 3 jeweils „und deren Arbeitsgemeinschaften“ nach „Pflegekassen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 21 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 5 „und deren Arbeitsgemeinschaften“ nach „Pflegekassen“ eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 20 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat Abs. 3 Satz 2 eingefügt.

§ 47 Satzung

(1) Die Satzung muß Bestimmungen enthalten über:

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

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

(3) Die Satzung und ihre Änderungen bedürfen der Genehmigung der Behörde, die für die Genehmigung der Satzung der Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist, zuständig ist.⁸⁵

§ 47a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

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

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 23a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Abs. 2 Satz 6 eingefügt.

01.03.2017.—Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (BGBl. I S. 265) hat Abs. 6 Satz 6 eingefügt.

01.01.2018.—Artikel 2 Nr. 30 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 3 Satz 1 „3,5 vom Hundert“ durch „3,2 Prozent“ ersetzt.

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 12 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Abs. 2 Satz 7 eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 39 Nr. 10 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 6 Satz 2 „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 11 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 3 Satz 5 „der Krankenversicherung“ am Ende gestrichen.

01.04.2020.—Artikel 10 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) hat in Abs. 3 Satz 6 „§ 147 Abs. 2“ durch „§ 149 Absatz 2“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 2 desselben Gesetzes hat in Abs. 5 „bis 172“ durch „bis 170“ ersetzt.

01.10.2023.—Artikel 1 Nr. 18 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 3 Satz 1 „§ 18 Absatz 3b“ durch „§ 18c Absatz 5“ ersetzt.

01.01.2024.—Artikel 2 Nr. 15 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 3 Satz 1 „3,2 vom Hundert“ durch „3 vom Hundert“ ersetzt.

85 ERLÄUTERUNG

Die Vorschrift ist bereits am 1. Juni 1994 in Kraft getreten.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 32 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 2 in Abs. 3 unnummeriert und Abs. 2 eingefügt.

01.01.2009.—Artikel 8 Nr. 20 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Nr. 3 in Abs. 1 aufgehoben und Nr. 4 bis 9 in Nr. 3 bis 8 unnummeriert. Nr. 3 lautete:

„3. Fälligkeit und Zahlung der Beiträge.“

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

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

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

Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. Die Stellen nach Satz 1 Nummer 4 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Buch erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 erforderlich ist. Die nach Satz 3 übermittelten Daten dürfen von den Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind.⁸⁶

86 QUELLE

01.01.2004.—Artikel 7 Nr. 2 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 8 Nr. 21 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Satz 2 „den Landesverbänden der Pflegekassen und den Spitzenverbänden“ durch „ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund“ ersetzt.

Zweiter Abschnitt Zuständigkeit, Mitgliedschaft

§ 48 Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse und sonstige Versicherte

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

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

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

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

Ab 1. Januar 1996 können sie die Mitgliedschaft bei der Pflegekasse wählen, die bei der Krankenkasse errichtet ist, die sie nach § 173 Abs. 2 des Fünften Buches wählen könnten, wenn sie in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wären; dies gilt auch für Mitglieder von Solidargemeinschaften, die nach § 21a Absatz 1 versicherungspflichtig sind.⁸⁷

§ 49 Mitgliedschaft

(1) Die Mitgliedschaft bei einer Pflegekasse beginnt mit dem Tag, an dem die Voraussetzungen des § 20, des § 21 oder des § 21a vorliegen. Sie endet mit dem Tod des Mitglieds oder mit Ablauf des Tages, an dem die Voraussetzungen des § 20, des § 21 oder des § 21a entfallen, sofern nicht das Recht zur Weiterversicherung nach § 26 ausgeübt wird. Für die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 Versicherten gelten § 186 Abs. 11 und § 190 Abs. 13 des Fünften Buches entsprechend.

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

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

1. mit dem Tod des Mitglieds oder
2. mit Ablauf des übernächsten Kalendermonats, gerechnet von dem Monat, in dem das Mitglied den Austritt erklärt, wenn die Satzung nicht einen früheren Zeitpunkt bestimmt.⁸⁸

28.12.2012.—Artikel 2 Nr. 2 lit. b des Gesetzes vom 20. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2789) hat Satz 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „§ 197a des Fünften Buches gilt entsprechend.“

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

11.05.2019.—Artikel 10 Nr. 6 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 3 eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 132 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 2 Satz 1 und 4 jeweils „weitergegeben oder“ vor „übermittelt“ gestrichen.

Artikel 132 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 und 5 jeweils „und nutzen“ nach „verarbeiten“ gestrichen.

87 ÄNDERUNGEN

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 12 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 3 Satz 2 „; dies gilt auch für Mitglieder von Solidargemeinschaften, die nach § 21a Absatz 1 versicherungspflichtig sind“ am Ende eingefügt.

88 ÄNDERUNGEN

Dritter Abschnitt Meldungen

§ 50 Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

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

01.01.1998.—Artikel 10 Nr. 3 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) hat Satz 2 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Für Leistungsempfänger nach dem Arbeitsförderungsgesetz gilt § 155 Abs. 2 des Arbeitsförderungsgesetzes entsprechend.“

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 6a des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat in Abs. 3 Satz 1 „Weiterversicherter“ durch „freiwillig Versicherter nach den §§ 26 und 26a“ und in Abs. 3 Satz 2 „nach § 26 Abs. 2 Weiterversicherten“ durch „freiwillig Versicherten“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 8 Nr. 22 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

Artikel 8 Nr. 22 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Die Mitgliedschaft der freiwillig Versicherten endet darüber hinaus mit Ablauf des nächsten Zahltages, wenn für zwei Monate die fälligen Beiträge trotz Hinweises auf die Folgen nicht entrichtet wurden.“

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 13 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 1 Satz 1 und 2 jeweils „oder des § 21“ durch „ , des § 21 oder des § 21a“ ersetzt.

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

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

(6) Für die Meldungen der Pflegekassen an die Rentenversicherungsträger gilt § 201 des Fünften Buches entsprechend.⁸⁹

§ 51 Meldungen bei Mitgliedern der privaten Pflegeversicherung

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

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

(3) Die Meldepflichten bestehen auch für die Fälle, in denen eine bestehende private Pflegeversicherung gekündigt und der Abschluß eines neuen Vertrages bei einem anderen Versicherungsunternehmen nicht nachgewiesen wird.⁹⁰

Vierter Abschnitt Wahrnehmung der Verbandsaufgaben

§ 52 Aufgaben auf Landesebene

89 ÄNDERUNGEN

01.01.1998.—Artikel 10 Nr. 4 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) hat in Abs. 1 Satz 2 „§ 161 des Arbeitsförderungsgesetzes“ nach „Fünften Buches,“ gestrichen.

01.01.2024.—Artikel 39 Nr. 6 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 2 Nr. 1 und 3 „Bundesversorgungsgesetz“ jeweils durch „Vierzehnten Buch“ und „Bundesversorgungsgesetzes“ jeweils durch „Vierzehnten Buches“ ersetzt.

01.01.2025.—Artikel 46 Nr. 6 des Gesetzes vom 20. August 2021 (BGBl. I S. 3932) hat in Abs. 2 Nr. 6 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Nr. 7 eingefügt. Abs. 2 Nr. 7 wird lauten:

„7. die Bundeswehrverwaltung für geschädigte Personen nach dem Soldatenentschädigungsgesetz.“

90 ÄNDERUNGEN

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 14a lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 1 Satz 1 „elektronisch“ nach „unverzüglich“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 14a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 „die“ durch „sobald diese“ ersetzt und „insgesamt vollen“ nach „sechs“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 14a lit. c desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Das Bundesversicherungsamt kann mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Näheres über das Meldeverfahren vereinbaren.“

01.01.2020.—Artikel 39 Nr. 10 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 1 Satz 1 und 3 und Abs. 2 Satz 1 und 2 jeweils „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

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

(2) Für die Aufgaben der Landesverbände nach Absatz 1 gilt § 211 des Fünften Buches entsprechend. Die Landesverbände haben insbesondere den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei der Erfüllung seiner Aufgaben zu unterstützen.

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

(4) Soweit in diesem Buch die Landesverbände der Pflegekassen Aufgaben wahrnehmen, handeln die in Absatz 1 aufgeführten Stellen.⁹¹

§ 53 Aufgaben auf Bundesebene

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nimmt die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen wahr. Die §§ 217b, 217d und 217f des Fünften Buches gelten entsprechend.⁹²

91 ERLÄUTERUNG

Die Vorschrift ist bereits am 1. Juni 1994 in Kraft getreten.

ÄNDERUNGEN

01.10.2005.—Artikel 10 Nr. 3 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 1 Satz 1 „Bundesknappschaft“ durch „Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 8 Nr. 23 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „Verbände der“ nach „sowie die“ gestrichen.

Artikel 8 Nr. 23 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 33 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „§ 212 Abs. 5 Satz 4 des Fünften Buches gilt entsprechend.“

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 22 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

01.01.2013.—Artikel 13 Abs. 27 des Gesetzes vom 12. April 2012 (BGBl. I S. 579) hat in Abs. 1 Satz 1 „tätigen landwirtschaftlichen Krankenkassen“ durch „tätige landwirtschaftliche Krankenkasse“ ersetzt.

92 ERLÄUTERUNG

Die Vorschrift ist bereits am 1. Juni 1994 in Kraft getreten.

ÄNDERUNGEN

07.11.2001.—Artikel 219 Nr. 5 lit. a der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 2 „mit der Maßgabe, dass die Aufsicht vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam ausgeübt wird, soweit es sich um Aufgaben der Pflegeversicherung handelt“ am Ende gestrichen.

Artikel 219 Nr. 5 lit. b derselben Verordnung hat in Abs. 3 Satz 2 „vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und vom Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam gesetzten Frist zustande, entscheidet das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit“ durch „vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit“ ersetzt.

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

01.07.2008.—Artikel 8 Nr. 24 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

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

(2) Für die Aufsicht gilt § 214 des Fünften Buches entsprechend.

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

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

(2) Die Richtlinien regeln insbesondere Folgendes:

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

(3) Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.⁹³

(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen nehmen die Aufgaben der Spitzenverbände der Pflegekassen wahr. Für die Wahrnehmung der Aufgaben der Spitzenverbände gilt § 213 des Fünften Buches entsprechend; kommen die erforderlichen Beschlüsse nicht oder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit.“

93 QUELLE

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 22 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

07.11.2001.—Artikel 219 Nr. 6 der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Satz 2 „des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung und“ nach „Zustimmung“ gestrichen.

28.11.2003.—Artikel 212 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Satz 2 „und Soziale Sicherung“ am Ende eingefügt.

08.11.2006.—Artikel 264 Nr. 1 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Satz 2 „und Soziale Sicherung“ am Ende gestrichen.

01.07.2008.—Artikel 8 Nr. 25 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Satz 1 „Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen“ durch „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt“ ersetzt und „gemeinsam und einheitlich“ nach „Pflegeversicherung“ gestrichen.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Satz 1 Nr. 4 „und zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen“ am Ende eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 12 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 53a Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt für den Bericht der sozialen Pflegeversicherung Richtlinien

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

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

UMNUMMERIERUNG

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 13 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat § 53b in § 53a unnummeriert.

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

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte für die Leistungen nach § 43b Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in stationären Pflegeeinrichtungen zu beschließen. Er hat hierzu die Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten. Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die stationären Pflegeeinrichtungen erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit wirksam. § 17 Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.⁹⁴

Fünfter Abschnitt

Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund⁹⁵

§ 53c Medizinische Dienste, Medizinischer Dienst Bund, Übergangsregelung

(1) Die Medizinischen Dienste gemäß § 278 des Fünften Buches haben die ihnen nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen. Die Medizinischen Dienste haben den Medizinischen Dienst Bund bei der Wahrnehmung seiner ihm nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben zu unterstützen.

(2) Der Medizinische Dienst Bund gemäß § 281 des Fünften Buches nimmt die ihm nach § 53d zugewiesenen Aufgaben wahr.

(3) Die Medizinischen Dienste und der Medizinische Dienst Bund erfüllen die ihnen jeweils obliegenden Aufgaben ab dem gemäß § 412 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches öffentlich bekannt zu machenden Datum des Ablaufs des Monats, in dem die Genehmigung der Satzung erteilt wurde. Bis zu diesem jeweiligen Zeitpunkt gilt für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Elfte Buch in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung fort und sie erfüllen die ihnen danach zugewiesenen Aufgaben. Für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen gilt bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt der Umstellung das Elfte Buch in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung fort; er nimmt insbesondere auch die ihm nach § 17 Absatz 1, 1b, den §§ 18b, 53a, 53b, 53c, 112a, 114a Absatz 7 und § 114c Absatz 1 zugewiesenen Aufgaben bis zu diesem Zeitpunkt wahr. Die danach durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlassenen Richtlinien gelten bis zu ihrer Änderung oder Aufhebung durch den Medizinischen Dienst Bund gemäß § 53d Absatz 2 und 3 fort.⁹⁶

ÄNDERUNGEN

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 13 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 2 Nr. 2 „der Krankenversicherung“ nach „Dienst“ gestrichen.

94 QUELLE

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 14b des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 2 Nr. 2 „einer Pflegestufe“ durch „einem Pflegegrad“ ersetzt.

UMNUMMERIERUNG

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 13 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat § 53b in § 53a unnummeriert.

Artikel 10 Nr. 14 desselben Gesetzes hat § 53c in § 53b unnummeriert.

95 QUELLE

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 15 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat die Überschrift des Abschnitts eingefügt.

96 QUELLE

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 31 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift eingefügt.

§ 53d Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

(1) Der Medizinische Dienst Bund koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste in pflegfachlichen und organisatorischen Fragen. Er berät den Spitzenverband Bund der Pflegekassen in allen pflegerischen Fragen.

(2) Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter Beachtung des geltenden Leistungs- und Leistungserbringungsrechts und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste Richtlinien

1. zur Dienstleistungsorientierung nach § 17 Absatz 1c,
2. zur Personalbedarfsermittlung mit für alle Medizinischen Dienste einheitlichen aufgabenbezogenen Richtwerten für die Aufgaben, die ihnen nach diesem Buch übertragen sind,
3. zur Beauftragung externer Gutachterinnen und Gutachter für die Aufgaben, die ihnen nach diesem Buch übertragen sind,
4. zur einheitlichen statistischen Erfassung der Leistungen und Ergebnisse der Tätigkeit der Medizinischen Dienste sowie des hierfür eingesetzten Personals für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung,
5. über die regelmäßige Berichterstattung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund über ihre Tätigkeit und Personalausstattung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung,
6. über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung.

Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 2 sind bis spätestens 30. Juni 2022 zu erlassen. In den Richtlinien ist eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung vorzugeben und eine Unterteilung entsprechend der Aufgabenbereiche Begutachtungen, Qualitätsprüfungen und Qualitätssicherung vorzunehmen. Die für den Erlass der Richtlinien nach Satz 1 Nummer 2 erforderlichen Daten sind in allen Medizinischen Diensten unter Koordinierung des Medizinischen Dienstes Bund nach einer bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise spätestens ab dem 1. Januar 2022 zu erheben und in nicht personenbezogener Form an den Medizinischen Dienst Bund zu übermitteln. Der Medizinische Dienst Bund wertet die übermittelten Daten unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste aus. Die Richtlinien nach Satz 1 sind für die Medizinischen Dienste verbindlich und bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

(3) Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter Beachtung des geltenden Leistungs- und Leistungserbringungsrechts im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste Richtlinien

1. zur Durchführung und Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung nach § 17 Absatz 1 sowie zur Qualitätssicherung der Begutachtung,
2. 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 Kranken-

UMNUMMERIERUNG

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 14 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat § 53c in § 53b umnummeriert.

QUELLE

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 15 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

20.10.2020.—Artikel 5 Nr. 1 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat in Abs. 3 Satz 1 „§ 328“ durch „415“ ersetzt.

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 14 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 3 Satz 1 „§ 415“ durch „§ 412“ ersetzt.

pflege nach § 37 Absatz 2 des Fünften Buches beziehen, die hälftigen Kosten zu tragen hat, nach § 17 Absatz 1b,

3. zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste nach § 112a,
4. zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 sowie zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfung,
5. zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen im Fall guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114c Absatz 1,
6. zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit den Medizinischen Diensten und
7. zu den von den Medizinischen Diensten zu übermittelnden Berichten und Statistiken.

Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 1 bis 6 sind für die Medizinischen Dienste und die Pflegekassen verbindlich. Die Richtlinie nach Satz 1 Nummer 7 ist für die Medizinischen Dienste verbindlich.⁹⁷

Sechstes Kapitel Finanzierung

Erster Abschnitt Beiträge

§ 54 Grundsatz

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

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

(3) Die Vorschriften des Zwölften Kapitels des Fünften Buches gelten entsprechend.⁹⁸

§ 55 Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

(1) Der Beitragssatz beträgt, vorbehaltlich des Satzes 2, bundeseinheitlich 3,4 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird grundsätzlich durch Gesetz festgesetzt. Die Bun-

97 QUELLE

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 15 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 13 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 „für alle Medizinischen Dienste einheitlichen“ nach „mit“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 2 bis 5 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 13 lit. c desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 6 „nach Satz 1“ nach „Richtlinien“ eingefügt.

01.10.2023.—Artikel 1 Nr. 19 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 „§ 18b“ durch „§ 17 Absatz 1c“ ersetzt.

98 ENTSCHEIDUNG DES BUNDESVERFASSUNGSGERICHTS

Abs. 1 und 2 sind mit Artikel 3 Abs. 1 in Verbindung mit Artikel 6 Abs. 1 des Grundgesetzes nicht vereinbar, soweit Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die Kinder betreuen und erziehen, mit einem gleich hohen Pflegeversicherungsbeitrag wie Mitglieder ohne Kinder belastet werden. (Urt. v. 3. April 2001 – 1 BvR 1629/94 –, BGBl. I S. 774, ber. S. 859)

desregierung wird ermächtigt, den Beitragssatz nach Satz 1 ausschließlich nach Maßgabe des Absatzes 1a durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzupassen. Für Personen, bei denen § 28 Abs. 2 Anwendung findet, beträgt der Beitragssatz die Hälfte des Beitragssatzes nach Satz 1.

(1a) Die Bundesregierung darf den Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 ausschließlich zur mittelfristigen Sicherung der Zahlungsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung anpassen, wenn der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung absehbar die Höhe einer Monatsausgabe laut Haushaltsplänen der Pflegekassen zu unterschreiten droht; mehrere Anpassungen durch Rechtsverordnung dürfen insgesamt nicht höher als 0,5 Beitragssatzpunkte über dem jeweils zuletzt gesetzlich festgesetzten Beitragssatz liegen. Die Rechtsverordnung nach Absatz 1 Satz 2 ist dem Bundestag vor der Zuleitung an den Bundesrat zuzuleiten. Sie kann durch Beschluss des Bundestages geändert oder abgelehnt werden. Der Beschluss des Bundestages wird der Bundesregierung zugeleitet. Hat sich der Bundestag nach Ablauf von drei Sitzungswochen seit Eingang der Rechtsverordnung nicht mit ihr befasst, so wird die unveränderte Rechtsverordnung dem Bundesrat zugeleitet.

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

(3) Der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 erhöht sich für Mitglieder nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollendet haben, um einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,6 Beitragssatzpunkten (Beitragszuschlag für Kinderlose). Satz 1 gilt nicht für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden, für Wehr- und Zivildienstleistende sowie für Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches. Satz 1 gilt auch nicht für Eltern im Sinne des § 56 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und Absatz 3 Nummer 2 und 3 des Ersten Buches. Für diese reduziert sich der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 3 für jedes Kind ab dem zweiten Kind bis zum fünften Kind um jeweils einen Abschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten bis zum Ablauf des Monats, in dem das jeweilige Kind das 25. Lebensjahr vollendet hat oder vollendet hätte; bei der Ermittlung des Abschlags nicht berücksichtigungsfähig sind Kinder, die das 25. Lebensjahr vollendet haben. Satz 4 gilt auch für Eltern, die das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3a) Die Elterneigenschaft sowie die Anzahl der Kinder unter 25 Jahren müssen gegenüber der beitragsabführenden Stelle, bei Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, nachgewiesen sein, sofern diesen die Angaben nicht bereits bekannt sind. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen darüber, welche Nachweise geeignet sind. Die beitragsabführenden Stellen und die Pflegekassen sind berechtigt, entsprechende Nachweise anzufordern.

(3b) Nachweise für vor dem 1. Juli 2023 geborene Kinder wirken vom 1. Juli 2023 an; erfolgt der Nachweis für zwischen dem 1. April 2023 und dem 30. Juni 2023 geborene Kinder innerhalb von drei Monaten nach der Geburt des Kindes, gilt der Nachweis in Bezug auf den Beitragszuschlag für Kinderlose mit Beginn des Monats der Geburt als erbracht. Nachweise für Kinder, die im Zeitraum vom 1. Juli 2023 bis zum 30. Juni 2025 geboren werden, wirken ab Beginn des Monats der Geburt. Erfolgt der Nachweis für ab dem 1. Juli 2025 geborene Kinder innerhalb von drei Monaten nach der Geburt des Kindes, gilt der Nachweis mit Beginn des Monats der Geburt als erbracht, ansonsten wirkt der Nachweis ab Beginn des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Nachweis erbracht wird; für Nachweise, die im Verfahren nach Absatz 3c Satz 1 abgerufen werden, gilt Satz 2.

(3c) Um eine einheitliche Rechtsanwendung sicherzustellen und ein möglichst effizientes, schnelles und bürgerfreundliches Verwaltungshandeln zu gewährleisten, wird bis zum 31. März 2025 ein digitales Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Elterneigenschaft und der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder entwickelt. Die Bundesregierung berichtet bis zum 31. Dezember 2023 über den Stand der Entwicklung des digitalen Verfahrens.

(3d) Können die Abschläge nach Absatz 3 Satz 4 und 5 von den beitragsabführenden Stellen und den Pflegekassen nicht ab dem 1. Juli 2023 berücksichtigt werden, sind sie so bald wie möglich, spätestens bis zum 30. Juni 2025 zu erstatten. In dem Zeitraum vom 1. Juli 2023 bis zum 30. Juni 2025 gilt der Nachweis unbeschadet des Absatzes 3a auch dann als erbracht, wenn das Mitglied auf An-

forderung der beitragsabführenden Stelle oder der Pflegekasse die erforderlichen Angaben zu den berücksichtigungsfähigen Kindern mitteilt.

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

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

(5) Sind landwirtschaftliche Unternehmer, die nicht zugleich Bürgergeld beziehen, sowie mitarbeitende Familienangehörige Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse, wird der Beitrag abweichend von den Absätzen 1 bis 3 in Form eines Zuschlags auf den Krankenversicherungsbeitrag, den sie nach den Vorschriften des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte aus dem Arbeitseinkommen aus Land- und Forstwirtschaft zu zahlen haben, erhoben. Die Höhe des Zuschlags ergibt sich aus dem Verhältnis des Beitragssatzes nach Absatz 1 Satz 1 zu dem um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten allgemeinen Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches. Sind die Voraussetzungen für einen Beitragszuschlag für Kinderlose nach Absatz 3 Satz 1 erfüllt und handelt es sich nicht um Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden und nicht um Wehr- und Zivildienstleistende, erhöht sich der Zuschlag nach Satz 2 um das Verhältnis des Beitragszuschlags für Kinderlose zu dem Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1. Sind die Voraussetzungen für einen Abschlag nach Absatz 3 Satz 4 und 5 erfüllt und handelt es sich nicht um Wehr- und Zivildienstleistende, reduziert sich der Zuschlag nach Satz 2 um das Verhältnis des Abschlags zu dem Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1; § 59a Satz 2 findet keine Anwendung auf mitarbeitende Familienangehörige.⁹⁹

99 ENTSCHEIDUNG DES BUNDESVERFASSUNGSGERICHTS

Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 sind mit Artikel 3 Abs. 1 in Verbindung mit Artikel 6 Abs. 1 des Grundgesetzes nicht vereinbar, soweit Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die Kinder betreuen und erziehen, mit einem gleich hohen Pflegeversicherungsbeitrag wie Mitglieder ohne Kinder belastet werden. (Urt. v. 3. April 2001 – 1 BvR 1629/94 –, BGBl. I S. 774, ber. S. 859)

ÄNDERUNGEN

01.01.2003.—Artikel 3 des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4637) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

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

01.01.2005.—Artikel 1 Nr. 1 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3448) hat Abs. 3 und 4 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 8 Nr. 26 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 Satz 4 „Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen gemeinsam“ durch „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Der Beitragssatz beträgt in der Zeit vom 1. Januar 1995 bis zum 30. Juni 1996 bundeseinheitlich 1 vom Hundert, in der Zeit ab 1. Juli 1996 bundeseinheitlich 1,7 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt.“

Artikel 1 Nr. 34 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3a eingefügt.

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 25 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 1 Satz 1 „1,95 vom Hundert“ durch „2,05 vom Hundert“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 25 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 6 Nr. 1a des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 5 Satz 2 „um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhten“ nach „zu dem“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 21 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat in Abs. 1 Satz 1 „2,05 vom Hundert“ durch „2,35 vom Hundert“ ersetzt.

01.01.2016.—Artikel 5 Nr. 1 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat Satz 1 in Abs. 5 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Bei landwirtschaftlichen Unternehmern sowie bei mitarbeitenden Familienangehörigen, die Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse sind, wird der Beitrag abweichend von den Absätzen 1 bis 3 in Form eines Zuschlags auf den Krankenversicherungsbeitrag, der nach den Vorschriften des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte aus dem Arbeitseinkommen aus Land- und Forstwirtschaft zu zahlen ist, erhoben.“

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 32 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 1 „2,35 Prozent“ durch „2,55 Prozent“ ersetzt.

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 14 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 3a Nr. 2 „oder der Begründung der eingetragenen Lebenspartnerschaft gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes“ nach „Eheschließung“ eingefügt.

Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2587) hat in Abs. 1 Satz 1 „2,55 Prozent“ durch „3,05 Prozent“ ersetzt.

01.01.2022.—Artikel 2 Nr. 14 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 3 Satz 1 „0,25 Beitragssatzpunkten“ durch „0,35 Beitragssatzpunkten“ ersetzt.

ENTSCHEIDUNG DES BUNDESVERFASSUNGSGERICHTS

§ 55 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 Satz 1 und 2 und § 57 Abs. 1 Satz 1 sind insoweit mit Artikel 3 Abs. 1 des Grundgesetzes unvereinbar, als beitragspflichtige Eltern unabhängig von der Zahl der von ihnen betreuten und erzogenen Kinder mit gleichen Beiträgen belastet werden. (Beschl. v. 7. April 2022 – 1 BvL 3/18 u.a. –, BGBl. I S. 1023)

ÄNDERUNGEN

01.01.2023.—Artikel 12 Abs. 11 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 16. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2328) hat in Abs. 3 Satz 7 „Arbeitslosengeld II“ durch „Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches“ ersetzt.

Artikel 12 Abs. 11 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „Arbeitslosengeld II“ durch „Bürgergeld“ ersetzt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 20 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Beitragsatz, Beitragsbemessungsgrenze“.

Artikel 1 Nr. 20 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 1 durch die Sätze 1 und 2 ersetzt. Satz 1 lautete: „Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 3,05 vom Hundert der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder; er wird durch Gesetz festgesetzt.“

Artikel 1 Nr. 20 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 1a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. d bis f desselben Gesetzes hat Abs. 4 aufgehoben, Abs. 3a in Abs. 4 unnummeriert und Abs. 3 durch Abs. 3 bis 3d ersetzt. Abs. 3 und 4 lauteten:

„(3) Der Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1 und 2 erhöht sich für Mitglieder nach Ablauf des Monats, in dem sie das 23. Lebensjahr vollendet haben, um einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,35 Beitragssatzpunkten (Beitragszuschlag für Kinderlose). Satz 1 gilt nicht für Eltern im Sinne des § 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 3 Nr. 2 und 3 des Ersten Buches. Die Elterneigenschaft ist in geeigneter Form gegenüber der beitragsabführenden Stelle, von Selbstzahlern gegenüber der Pflegekasse, nachzuweisen, sofern diesen die Elterneigenschaft nicht bereits aus anderen Gründen bekannt ist. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gibt Empfehlungen darüber, welche Nachweise geeignet sind. Erfolgt die Vorlage des Nachweises innerhalb von drei Monaten nach der Geburt des Kindes, gilt der Nachweis mit Beginn des Monats der Geburt als erbracht, ansonsten wirkt der Nachweis ab Beginn des Monats, der dem Monat folgt, in dem der Nachweis erbracht wird. Nachweise für vor dem 1. Januar 2005 geborene Kinder, die bis zum 30. Juni 2005 erbracht werden, wirken vom 1. Januar 2005 an. Satz 1 gilt nicht für Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren wurden, für Wehr- und Zivildienstleistende sowie für Bezieher von Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches.

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

Artikel 1 Nr. 20 lit. e desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4 „Satz 2“ durch „Satz 3“ ersetzt.

§ 56 Beitragsfreiheit

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

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

1. den hinterbliebenen Ehegatten oder hinterbliebenen Lebenspartner eines Rentners, der bereits Rente bezogen hat, wenn Hinterbliebenenrente beantragt wird,
2. die Waise eines Rentners, der bereits Rente bezogen hat, vor Vollendung des 18. Lebensjahres; dies gilt auch für Waisen, deren verstorbener Elternteil eine Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte bezogen hat,
3. den hinterbliebenen Ehegatten oder hinterbliebenen Lebenspartner eines Bezieher einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte, wenn die Ehe vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen geschlossen oder die eingetragene Lebenspartnerschaft vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes begründet wurde,
4. den hinterbliebenen Ehegatten oder hinterbliebenen Lebenspartner eines Bezieher von Landabgaberechte.

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

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

(4) Beitragsfrei sind auf Antrag Mitglieder, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits Leistungen 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 Sozialgesetzbuch vorsehen, sofern sie keine Familienangehörigen haben, für die eine Versicherung nach § 25 besteht.

(5) Beitragsfrei sind Mitglieder für die Dauer des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld. Die Beitragsfreiheit erstreckt sich nur auf die in Satz 1 genannten Leistungen.¹⁰⁰

Artikel 1 Nr. 20 lit. g desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 5 durch die Sätze 3 und 4 ersetzt. Satz 3 lautete: „Sind die Voraussetzungen für einen Beitragszuschlag für Kinderlose nach Absatz 3 erfüllt, erhöht sich der Zuschlag nach Satz 2 um das Verhältnis des Beitragszuschlags für Kinderlose nach Absatz 3 Satz 1 zu dem Beitragssatz nach Absatz 1 Satz 1.“

16.12.2023.—Artikel 8p Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 359) hat in Abs. 3a Satz 1 „von“ durch „bei“ ersetzt.

Artikel 8p Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3a Satz 3 eingefügt.

Artikel 8p Nr. 2 desselben Gesetzes hat in Abs. 3c Satz 1 „der Elterneigenschaft und“ nach „Nachweis“ eingefügt.

Artikel 8p Nr. 3 desselben Gesetzes hat in Abs. 3d Satz 2 „unbeschadet des Absatzes 3a“ nach „Nachweis“ eingefügt.

100 ÄNDERUNGEN

01.01.1995.—Artikel 6 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890) hat in Abs. 2 Satz 1 „oder einer Geldleistung aus der Altershilfe für Landwirte“ durch „einschließlich einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 „Altersgeld, vorzeitiges Altersgeld oder Hinterbliebenengeld“ durch „eine Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 „von Altersgeld oder vorzeitigem Altersgeld“ durch „einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte“ ersetzt.

01.01.1997.—Artikel 7 Nr. 3 des Gesetzes vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1254) hat in Abs. 4 „§ 558 Abs. 2 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung“ durch „§ 44 des Siebten Buches“ ersetzt.

§ 57 Beitragspflichtige Einnahmen

(1) Bei Mitgliedern der Pflegekasse, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Beitragsbemessung § 226 Absatz 1, 2 Satz 1 und 3, Absatz 3 bis 5 sowie die §§ 227 bis 232a, 233 bis 238 und § 244 des Fünften Buches sowie die §§ 23a und 23b Abs. 2 bis 4 des Vierten Buches. Bei Personen, die Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen, ist abweichend von § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Fünften Buches das 0,2266fache der monatlichen Bezugsgröße zugrunde zu legen und sind abweichend von § 54 Absatz 2 Satz 2 die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen; § 232a Absatz 1a des Fünften Buches gilt entsprechend.

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

01.08.2001.—Artikel 3 § 56 Nr. 9 des Gesetzes vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266) hat in Abs. 1 „und Lebenspartner“ nach „Familienangehörige“ eingefügt.

01.01.2007.—Artikel 2 Abs. 21 des Gesetzes vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748) hat in Abs. 3 Satz 1 „oder Erziehungsgeld“ durch „ , Erziehung- oder Elterngeld“ ersetzt.

01.08.2013.—Artikel 2 Abs. 4 des Gesetzes vom 15. Februar 2013 (BGBl. I S. 254) hat in Abs. 3 Satz 1 „Erziehungs- oder Elterngeld“ durch „Eltern- oder Betreuungsgeld“ ersetzt.

01.01.2015.—Artikel 8 Nr. 5 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) hat Abs. 5 eingefügt.

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 14 lit. a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 1 „und Lebenspartner“ nach „Familienangehörige“ gestrichen.

Artikel 11 Nr. 14 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 „oder hinterbliebenen Lebenspartner“ nach „Ehegatten“ und „oder die eingetragene Lebenspartnerschaft vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes begründet“ nach „geschlossen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 14 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 4 jeweils „oder hinterbliebenen Lebenspartner“ nach „Ehegatten“ eingefügt.

01.09.2021.—Artikel 3 des Gesetzes vom 15. Februar 2021 (BGBl. I S. 239) hat Satz 1 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Beitragsfrei sind Mitglieder für die Dauer des Bezuges von Mutterschafts-, Eltern- oder Betreuungsgeld.“

01.01.2024.—Artikel 39 Nr. 7 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Beitragsfrei sind auf Antrag Mitglieder, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits Leistungen nach § 35 Abs. 6 des Bundesversorgungsgesetzes, nach § 44 des Siebten Buches, nach § 34 des Beamtenversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen erhalten, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, wenn sie keine Familienangehörigen haben, für die eine Versicherung nach § 25 besteht.“

01.01.2025.—Artikel 46 Nr. 7 des Gesetzes vom 20. August 2021 (BGBl. I S. 3932) hat in Abs. 4 „ , nach § 16 Nummer 8 des Soldatenentschädigungsgesetzes in Verbindung mit § 17 des Soldatenentschädigungsgesetzes“ nach „Beamtenversorgungsgesetzes“ eingefügt.

Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen erhalten, wird das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zugrunde gelegt. Bei Personen, die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 oder Absatz 1a des Fünften Buches beziehen, gelten als beitragspflichtige Einnahmen 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens.

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

(4) Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung und bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, ist für die Beitragsbemessung § 240 des Fünften Buches entsprechend anzuwenden. Für die Beitragsbemessung der in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Rentenantragsteller und freiwillig versicherten Rentner finden darüber hinaus die §§ 238a und 239 des Fünften Buches entsprechende Anwendung. Abweichend von Satz 1 ist bei Mitgliedern nach § 20 Abs. 1 Nr. 10, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, § 236 des Fünften Buches entsprechend anzuwenden; als beitragspflichtige Einnahmen der satzungsmäßigen Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnlicher Personen, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, sind der Wert für gewährte Sachbezüge oder das ihnen zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung und dergleichen gezahlte Entgelt zugrunde zu legen. Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, die von einem Rehabilitationsträger Verletztengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung oder Übergangsgeld erhalten, gilt für die Beitragsbemessung § 235 Abs. 2 des Fünften Buches entsprechend; für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung freiwillig Versicherten gilt § 46 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.

(5) Der Beitragsberechnung von Personen, die nach § 26 Abs. 2 weiterversichert sind, werden für den Kalendertag der 180. Teil der monatlichen Bezugsgrößen nach § 18 des Vierten Buches zugrunde gelegt.¹⁰¹

101 ENTSCHEIDUNG DES BUNDESVERFASSUNGSGERICHTS

Die Vorschrift ist mit Artikel 3 Abs. 1 in Verbindung mit Artikel 6 Abs. 1 des Grundgesetzes nicht vereinbar, soweit Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die Kinder betreuen und erziehen, mit einem gleich hohen Pflegeversicherungsbeitrag wie Mitglieder ohne Kinder belastet werden. (Urt. v. 3. April 2001 – 1 BvR 1629/94 –, BGBl. I S. 774, ber. S. 859)

ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat Satz 4 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 4 lautet: „Er gilt vom 1. Juli des laufenden Jahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres.“

01.01.1997.—Artikel 4 des Gesetzes vom 10. Mai 1995 (BGBl. I S. 678) hat in Abs. 3 Satz 2 „§ 247“ durch „§ 245“ ersetzt.

Artikel 4 des Gesetzes vom 12. Dezember 1996 (BGBl. I S. 1859) hat in Abs. 1 „bis 238 und § 244 des Fünften Buches“ durch „und 228 bis 238 und § 244 des Fünften Buches sowie § 23a des Vierten Buches“ ersetzt.

01.01.1998.—Artikel 10 Nr. 5 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) hat in Abs. 1 „sowie § 157 Abs. 3 und § 163 Abs. 1 und 3 des Arbeitsförderungsgesetzes“ am Ende gestrichen.

Artikel 6 des Gesetzes vom 6. April 1998 (BGBl. I S. 688) hat in Abs. 1 „§ 23a“ durch „die §§ 23a und 23b Abs. 2 bis 4“ ersetzt.

01.01.2000.—Artikel 24 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2534) hat in Abs. 1 „mit der Maßgabe, dass bei Personen, die Arbeitslosenhilfe beziehen, als beitragspflichtige Einnahme die gezahlte Arbeitslosenhilfe gilt“ am Ende eingefügt.

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

01.01.2003.—Artikel 5 des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4607) hat in Abs. 1 „mit der Maßgabe, dass bei Personen, die Arbeitslosenhilfe beziehen, als beitragspflichtige Einnahme die gezahlte Arbeitslosenhilfe gilt“ am Ende gestrichen.

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

01.01.2005.—Artikel 1 Nr. 2 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3448) hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 3 durch die Sätze 2 bis 4 ersetzt. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Die Höhe des Zuschlages ergibt sich aus dem Verhältnis des Beitragssatzes nach § 55 Abs. 1 zu dem nach § 245 des Fünften Buches festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung stellt die Höhe des Zuschlages zum 1. Januar jeden Jahres fest.“

01.07.2006.—Artikel 12 des Gesetzes vom 29. Juni 2006 (BGBl. I S. 1402) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

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

01.04.2007.—Artikel 8 Nr. 27 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 „und 228“ nach „§§ 226“ gestrichen.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 35 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 3 Satz 3 „14,71 vom Hundert“ durch „um das Verhältnis des Beitragszuschlags für Kinderlose nach § 55 Abs. 3 Satz 1 zu dem Beitragssatz nach § 55 Abs. 1 Satz 1“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 35 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 7 eingefügt.

01.01.2009.—Artikel 8 Nr. 27 lit. b des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 3 Satz 2 „§ 245 des Fünften Buches festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen“ durch „§ 241 des Fünften Buches festgelegten allgemeinen Beitragssatz“ ersetzt.

01.08.2012.—Artikel 2c Nr. 1 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) hat Abs. 2 Satz 4 und 5 eingefügt.

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 26 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Bei landwirtschaftlichen Unternehmern sowie bei mitarbeitenden Familienangehörigen wird auf den Krankenversicherungsbeitrag, der nach den Vorschriften des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte aus dem Arbeitseinkommen aus Land- und Forstwirtschaft zu zahlen ist, ein Zuschlag erhoben. Die Höhe des Zuschlages ergibt sich aus dem Verhältnis des Beitragssatzes nach § 55 Abs. 1 Satz 1 zu dem nach § 241 des Fünften Buches festgelegten allgemeinen Beitragssatz. Sind die Voraussetzungen für einen Beitragszuschlag für Kinderlose nach § 55 Abs. 3 erfüllt, erhöht sich der Zuschlag nach Satz 2 um um das Verhältnis des Beitragszuschlags für Kinderlose nach § 55 Abs. 3 Satz 1 zu dem Beitragssatz nach § 55 Abs. 1 Satz 1. Das Bundesministerium für Gesundheit stellt die Höhe der Zuschläge nach den Sätzen 2 und 3 zum 1. Januar jeden Jahres fest. Er gilt für das folgende Kalenderjahr. Für die Beitragsbemessung der Altenteiler gilt § 45 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte. Wird der Beitragssatz im Laufe eines Kalenderjahres geändert, stellt das Bundesministerium für Gesundheit die Höhe der Zuschläge nach den Sätzen 2 und 3 für den Zeitraum ab der Änderung fest.“

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 22 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat in Abs. 3 „Satz 2“ nach „Absatz 1“ eingefügt.

Artikel 8 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) hat in Abs. 1 Satz 1 „bis 232a, 233“ nach „§§ 226“ eingefügt.

Artikel 8 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 6 eingefügt.

23.07.2015.—Artikel 5 Nr. 2 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 2 Satz 5 „oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen“ nach „Gewebe“ eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 6 Nr. 2 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) hat in Abs. 1 Satz 2 „der 30. Teil des 0,3620fachen“ durch „das 0,2172fache“ ersetzt und „und sind abweichend von § 54 Absatz 2 Satz 2 die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen; § 232a Absatz 1a des Fünften Buches gilt entsprechend“ am Ende eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 2b des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1710) hat in Abs. 1 Satz 2 „0,2172fache“ durch „0,2266fache“ ersetzt.

§ 58 Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten

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

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

(3) Die in Absatz 1 genannten Beschäftigten tragen die Beiträge in Höhe von 1 vom Hundert allein, wenn der Beschäftigungsort in einem Land liegt, in dem die am 31. Dezember 1993 bestehende Anzahl der gesetzlichen landesweiten Feiertage nicht um einen Feiertag, der stets auf einen Werktag fiel, vermindert worden ist. In Fällen des § 55 Absatz 1 Satz 3 werden die Beiträge in Höhe von 0,5 vom Hundert allein getragen. Im übrigen findet Absatz 1 Anwendung, soweit es sich nicht um eine versicherungspflichtige Beschäftigung mit einem monatlichen Arbeitsentgelt innerhalb des Übergangsbereichs nach § 20 Absatz 2 des Vierten Buches handelt, für die Absatz 5 Satz 2 Anwendung findet. Die Beiträge der Beschäftigten erhöhen sich nicht, wenn Länder im Jahr 2017 den Reformationstag einmalig zu einem gesetzlichen Feiertag erheben.

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

(5) § 249 Absatz 3 und 4 des Fünften Buches gilt mit der Maßgabe, dass statt des allgemeinen und ermäßigten Beitragssatzes der Krankenkasse und des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes der Beitragssatz der Pflegeversicherung und bei den in Absatz 3 Satz 1 genannten Beschäftigten für die Berechnung des Beitragsanteils des Arbeitgebers ein Beitragssatz in Höhe des um einen Prozentpunkt verminderten Beitragssatzes der Pflegeversicherung Anwendung findet.¹⁰²

01.01.2020.—Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2913) hat in Abs. 1 Satz 1 „die §§ 226“ durch „§ 226 Absatz 1, 2 Satz 1 und Absatz 3 und 4 sowie die §§ 227“ ersetzt.

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 15 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 1 Satz 1 „und Absatz 3“ durch „und 3, Absatz 3“ ersetzt.

ENTSCHEIDUNG DES BUNDESVERFASSUNGSGERICHTS

§ 55 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 Satz 1 und 2 und § 57 Abs. 1 Satz 1 sind insoweit mit Artikel 3 Abs. 1 des Grundgesetzes unvereinbar, als beitragspflichtige Eltern unabhängig von der Zahl der von ihnen betreuten und erzogenen Kinder mit gleichen Beiträgen belastet werden. (Beschl. v. 7. April 2022 – 1 BvL 3/18 u.a. –, BGBl. I S. 1023)

ÄNDERUNGEN

01.10.2022.—Artikel 10 Nr. 2 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 969) hat in Abs. 1 Satz 1 „und 4“ durch „bis 5“ ersetzt.

01.01.2023.—Artikel 12 Abs. 11 Nr. 3 des Gesetzes vom 16. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2328) hat in Abs. 1 Satz 2 „Arbeitslosengeld II“ durch „Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches“ ersetzt.

01.01.2024.—Artikel 39 Nr. 8 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 4 Satz 4 „Versorgungskrankengeld“ durch „Krankengeld der Sozialen Entschädigung“ ersetzt.

Artikel 8q des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 359) hat in Abs. 2 Satz 6 „oder Absatz 1a“ nach „Absatz 1“ eingefügt.

01.01.2025.—Artikel 46 Nr. 8 des Gesetzes vom 20. August 2021 (BGBl. I S. 3932) hat in Abs. 4 Satz 4 „ , Krankengeld der Soldatenentschädigung“ nach „Entschädigung“ eingefügt.

102 ÄNDERUNGEN

08.06.1996.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 31. Mai 1996 (BGBl. I S. 718) hat in Abs. 3 „voller Höhe“ durch „Höhe von 1 vom Hundert allein“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 1 desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 und 3 eingefügt.

§ 59 Beitragstragung bei anderen Mitgliedern

(1) Für die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 bis 12 versicherten Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Tragung der Beiträge § 250 Absatz 1 und 3, die §§ 251 und 413 des Fünften Buches sowie § 48 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend; die Beiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung sind von dem Mitglied allein zu tragen. Bei Beziehern einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte, die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 versichert sind, und bei Beziehern von Produktionsaufgaberente oder Ausgleichsgeld, die nach § 14 Abs. 4 des Gesetzes zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit versichert sind, werden die Beiträge aus diesen Leistungen von den Beziehern der Leistung allein getragen.

Artikel 2 Nr. 2 und 3 desselben Gesetzes hat Abs. 4 aufgehoben und Abs. 5 und 6 in Abs. 4 und 5 umnummeriert. Abs. 4 lautete:

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

01.01.1998.—Artikel 10 Nr. 6 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

01.04.2003.—Artikel 6 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4621) hat Satz 3 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Im übrigen findet Absatz 1 Anwendung.“

Artikel 6 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 2 eingefügt.

01.08.2003.—Artikel 7 des Gesetzes vom 24. Juli 2003 (BGBl. I S. 1526) hat in Abs. 5 Satz 1 „und 3“ nach „Abs. 2“ gestrichen.

01.01.2005.—Artikel 1 Nr. 3 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3448) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

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

01.04.2007.—Artikel 8 Nr. 28 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „Nr. 1“ durch „Satz 2 Nr. 1 und 12“ ersetzt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat Abs. 3 Satz 4 eingefügt.

29.07.2017.—Artikel 9 Nr. 3 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) hat in Abs. 5 Satz 2 „Abs. 4“ durch „Absatz 3“ und „von 0,7 vom Hundert“ durch „des um einen Prozentpunkt verminderten Beitragssatzes der Pflegeversicherung“ ersetzt.

01.07.2019.—Artikel 6 Abs. 4 des Gesetzes vom 28. November 2018 (BGBl. I S. 2016) hat in Abs. 3 Satz 3 „der Gleitzone nach § 20 Abs. 2“ durch „des Übergangsbereichs nach § 20 Absatz 2“ ersetzt.

01.10.2022.—Artikel 10 Nr. 3 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 969) hat Abs. 5 neu gefasst. Abs. 5 lautete:

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

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 21 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 1 Satz 3 „Abs. 3“ durch „Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 21 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „Abs. 1 Satz 2“ durch „Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.

01.04.2024.—Artikel 13 Nr. 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2023 (BGBl. I Nr. 191) hat in Abs. 1 Satz 2 „oder Qualifizierungsgeld“ nach „Kurzarbeitergeld“ eingefügt.

(2) Die Beiträge für Bezieher von Krankengeld werden von den Leistungsbezieherinnen und den Krankenkassen je zur Hälfte getragen, soweit sie auf das Krankengeld entfallen und dieses nicht in Höhe der Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zu zahlen ist, im übrigen von den Krankenkassen; die Beiträge werden auch dann von den Krankenkassen getragen, wenn das dem Krankengeld zugrunde liegende monatliche Arbeitsentgelt die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt. Die Beiträge für Bezieher von Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches oder für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen sind von der Stelle zu tragen, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen.

(3) Die Beiträge für die nach § 21 Nr. 1 bis 5 versicherten Leistungsempfänger werden vom jeweiligen Leistungsträger getragen. Beiträge auf Grund des Leistungsbezugs im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe nach Kapitel 6 des Vierzehnten Buches gelten als Aufwendungen für die Leistungen zur Teilhabe nach Kapitel 6 des Vierzehnten Buches.

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

1. die auf Grund des Bezuges von Verletztengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung nach Kapitel 5 des Vierzehnten Buches oder von Übergangsgeld zu zahlenden Beiträge von dem zuständigen Rehabilitationsträger,
2. die Beiträge für satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen einschließlich der Beiträge bei einer Weiterversicherung nach § 26 von der Gemeinschaft

allein getragen.

(5) Den Beitragszuschlag für Kinderlose nach § 55 Absatz 3 Satz 1 trägt das Mitglied.¹⁰³

103 ÄNDERUNGEN

01.01.1995.—Artikel 6 Nr. 2 des Gesetzes vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst.

Artikel 4 des Gesetzes vom 15. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1824) hat Satz 2 in Abs. 4 neu gefasst.

01.01.1998.—Artikel 10 Nr. 7 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) hat in Abs. 1 Satz 1 „Fünften Buches,“ durch „Fünften Buches sowie“ ersetzt und „sowie § 157 Abs. 1 und § 163 Abs. 2 des Arbeitsförderungsgesetzes“ nach „Landwirte“ gestrichen.

Artikel 7 des Gesetzes vom 16. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2998) hat in Abs. 2 „; solange ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße den Betrag von 610 Deutsche Mark unterschreitet, ist dieser Betrag maßgebend“ am Ende gestrichen.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 6b des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat in Abs. 4 Satz 1 „die nach § 26 weiterversichert“ durch „nach den §§ 26 und 26a freiwillig versichert“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 10 Nr. 3 des Gesetzes vom 23. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2848) hat in Abs. 2 „Bundesanstalt“ durch „Bundesagentur“ ersetzt.

01.04.2004.—Artikel 6 Nr. 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3013) hat in Abs. 1 Satz 1 „§§ 249a, 250“ durch „§§ 250“ ersetzt und „; die Beiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung sind von dem Mitglied allein zu tragen“ am Ende eingefügt.

Artikel 6 Nr. 2 desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Bei Beziehern einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte, die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 versichert sind, und bei Beziehern von Produktionsaufgaberente oder Ausgleichsgeld, die nach § 14 Abs. 4 des Gesetzes zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit versichert sind, werden die Beiträge aus diesen Leistungen von den Beziehern der Leistung und der Alterskasse je zur Hälfte getragen; der von der Alterskasse getragene Beitragsanteil gilt als Leistungsaufwendung.“

§ 59a Berücksichtigung des Beitragsabschlags für Eltern bei der Beitragstragung

Der Abschlag nach § 55 Absatz 3 Satz 4 und 5 reduziert die vom Mitglied zu tragenden Beiträge. Soweit die Beiträge von Dritten getragen werden, findet der Abschlag nach § 55 Absatz 3 Satz 4 und 5 keine Berücksichtigung.¹⁰⁴

§ 60 Beitragszahlung

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. § 252 Abs. 1 Satz 2, die §§ 253 bis 256a des Fünften Buches und § 49 Satz 2, die §§ 50 und 50a des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gelten entsprechend. Die aus einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte und einer laufenden Geldleistung nach dem Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit zu entrichtenden Beiträge werden von der Alterskasse gezahlt; § 28g Satz 1 des Vierten Buches gilt entsprechend.

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

01.01.2005.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3448) hat Abs. 5 eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 8 Nr. 29 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 1 „Nr. 2 bis 11“ durch „Satz 2 Nr. 2 bis 12“ ersetzt und „und 3“ nach „§ 250 Abs. 1“ eingefügt.

01.08.2012.—Artikel 2c Nr. 2 des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

01.01.2013.—Artikel 5 Nr. 2 des Gesetzes vom 5. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2474) hat in Abs. 2 Satz 1 „ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße“ durch „450 Euro“ ersetzt.

23.07.2015.—Artikel 5 Nr. 2 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 2 Satz 2 „oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen“ nach „Gewebe“ eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 2a des Gesetzes vom 4. März 2020 (BGBl. I S. 437) hat in Abs. 1 Satz 1 „die §§ 250 Abs. 1 und 3 und § 251“ durch „§ 250 Absatz 1 und 3, die §§ 251 und 329 des Fünften Buches“ ersetzt.

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 15 lit. a des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 1 Satz 1 „und 329“ durch „und 413“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 15 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „sowie die nach § 21a Absatz 1 Satz 1 versicherten Mitglieder von Solidargemeinschaften“ nach „Zeit“ eingefügt.

01.10.2022.—Artikel 10 Nr. 4 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 969) hat in Abs. 2 Satz 1 „450 Euro“ durch „die Geringfügigkeitsgrenze“ ersetzt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 22 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 5 „Abs. 3“ durch „Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.

16.12.2023.—Artikel 8l Nr. 2 des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 359) hat in Abs. 1 Satz 1 „des Fünften Buches“ nach „Buches“ gestrichen.

01.01.2024.—Artikel 39 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 3 Satz 2 jeweils „Kriegsopferfürsorge“ durch „Leistungen zur Teilhabe nach Kapitel 6 des Vierzehnten Buches“ ersetzt.

Artikel 39 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 „Versorgungskrankengeld oder“ durch „Krankengeld der Sozialen Entschädigung nach Kapitel 5 des Vierzehnten Buches oder von“ ersetzt.

01.01.2025.—Artikel 46 Nr. 9 des Gesetzes vom 20. August 2021 (BGBl. I S. 3932) hat in Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 „ , Krankengeld der Soldatenentschädigung“ nach „Entschädigung“ eingefügt.

104 QUELLE

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Vorschrift eingefügt.

(3) Die Beiträge sind an die Krankenkassen zu zahlen; in den in § 252 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches geregelten Fällen sind sie an den Gesundheitsfonds zu zahlen, der sie unverzüglich an den Ausgleichsfonds weiterzuleiten hat. Die nach Satz 1 eingegangenen Beiträge zur Pflegeversicherung sind von der Krankenkasse unverzüglich an die Pflegekasse weiterzuleiten. In den Fällen des § 252 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches ist das Bundesamt für Soziale Sicherung als Verwalter des Gesundheitsfonds, im Übrigen sind die Pflegekassen zur Prüfung der ordnungsgemäßen Beitragszahlung berechtigt; § 251 Absatz 5 Satz 3 bis 7 des Fünften Buches gilt entsprechend. § 24 Abs. 1 des Vierten Buches gilt. § 252 Abs. 3 des Fünften Buches gilt mit der Maßgabe, dass die Beiträge zur Pflegeversicherung den Beiträgen zur Krankenversicherung gleichstehen.

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

(5) Der Beitragszuschlag nach § 55 Absatz 3 Satz 1 ist von demjenigen zu zahlen, der die Beiträge zu zahlen hat. Wird der Pflegeversicherungsbeitrag von einem Dritten gezahlt, hat dieser einen Anspruch gegen das Mitglied auf den von dem Mitglied zu tragenden Beitragszuschlag. Dieser Anspruch kann von dem Dritten durch Abzug von der an das Mitglied zu erbringenden Geldleistung geltend gemacht werden.

(6) Wenn kein Abzug nach Absatz 5 möglich ist, weil der Dritte keine laufende Geldleistung an das Mitglied erbringen muss, hat das Mitglied den sich aus dem Beitragszuschlag ergebenden Betrag an die Pflegekasse zu zahlen.

(7) Die Beitragszuschläge für die Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld Ausbildungsgeld, Übergangsgeld und, soweit die Bundesagentur beitragszahlungspflichtig ist, für Bezieher von Berufsausbildungsbeihilfe nach dem Dritten Buch werden von der Bundesagentur für Arbeit pauschal in Höhe von 20 Millionen Euro pro Jahr an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) überwiesen. Die Bundesagentur für Arbeit kann mit Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales hinsichtlich der übernommenen Beträge Rückgriff bei den genannten Leistungsbeziehern nach dem Dritten Buch nehmen. Die Bundesagentur für Arbeit kann mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung Näheres zur Zahlung der Pauschale vereinbaren.¹⁰⁵

105 ÄNDERUNGEN

01.01.1995.—Artikel 6 Nr. 3 des Gesetzes vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890) hat in Abs. 1 Satz 3 „laufenden Geldleistung nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte und“ durch „Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte und einer laufenden Geldleistung nach“ ersetzt.

01.01.1998.—Artikel 10 Nr. 8 des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) hat in Abs. 1 Satz 2 „§ 252 Satz 2,“ nach „Die“ eingefügt.

29.03.2002.—Artikel 12 des Gesetzes vom 21. Juni 2002 (BGBl. I S. 2167) hat Abs. 4 eingefügt.

01.03.2004.—Artikel 4 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3019) hat in Abs. 4 „laufenden Monats“ durch „Monats, der dem Monat folgt, in dem die Rente fällig war“ ersetzt.

Artikel 4 desselben Gesetzes hat Abs. 4 Satz 2 eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3448) hat Abs. 5 bis 7 eingefügt.

01.10.2005.—Artikel 10 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat Satz 1 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte leitet alle Pflegeversicherungsbeiträge aus Rentenleistungen einschließlich der Beitragszahlungen der Arbeiterrentenversicherung am fünften Arbeitstag des Monats, der dem Monat folgt, in dem die Rente fällig war an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) weiter.“

Artikel 10 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „Bundesversicherungsanstalt für Angestellte“ durch „Deutsche Rentenversicherung Bund“ ersetzt.

Zweiter Abschnitt Beitragszuschüsse

§ 61 Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Privatversicherte

(1) Beschäftigte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, erhalten unter den Voraussetzungen des § 58 von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuß, der in der Höhe begrenzt ist, auf den Betrag, der als Arbeitgeberanteil nach § 58 zu zahlen wäre. Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilmäßig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch beziehen, ist zusätzlich zu dem Zuschuß nach Satz 1 die Hälfte des Betrages zu zahlen, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 58 Abs. 1 Satz 2 als Beitrag zu tragen hätte. Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, die eine Beschäftigung nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz ausüben, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuss den Betrag, den Arbeitgeber bei Versicherungspflicht der Freiwilligendienstleistenden nach § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Vierten Buches für die Pflegeversicherung zu tragen hätten.

(2) Beschäftigte, die in Erfüllung ihrer Versicherungspflicht nach den §§ 22 und 23 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen dieses Buches gleichwertig sind, erhalten unter den Voraussetzungen des § 58 von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuß. Der Zuschuß ist in der Höhe begrenzt auf den Betrag,

01.08.2006.—Artikel 7 des Gesetzes vom 20. Juli 2006 (BGBl. I S. 1706) hat in Abs. 7 Satz 1 „und Winterausfallgeld“ durch „Ausbildungsgeld, Übergangsgeld und, soweit die Bundesagentur beitragszahlungspflichtig ist, für Bezieher von Berufsausbildungsbeihilfe“ ersetzt.

01.01.2007.—Artikel 8 Nr. 3 lit. b des Gesetzes vom 24. April 2006 (BGBl. I S. 916) hat in Abs. 7 Satz 2 „Wirtschaft und Arbeit“ durch „Arbeit und Soziales“ ersetzt.

01.01.2009.—Artikel 8 Nr. 30 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 2 „Die § 252 Satz 2,“ durch „§ 252 Abs. 1 Satz 2, die“ ersetzt.

Artikel 8 Nr. 30 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Beiträge sind an die Krankenkasse, bei der die zuständige Pflegekasse errichtet ist, zugunsten der Pflegeversicherung zu zahlen.“

Artikel 2a Nr. 1 des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat Abs. 3 Satz 5 eingefügt.

01.01.2012.—Artikel 4 Nr. 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat Satz 3 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Die Pflegekassen sind zur Prüfung der ordnungsgemäßen Beitragszahlung berechtigt.“

01.08.2013.—Artikel 2a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) hat in Abs. 1 Satz 2 „§§ 253 bis 256 des Fünften Buches und § 50“ durch „§§ 253 bis 256a des Fünften Buches und die §§ 50, 50a“ ersetzt.

01.01.2016.—Artikel 5 Nr. 3 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 Satz 2 „die §§ 50, 50a“ durch „§ 49 Satz 2, die §§ 50 und 50a“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 39 Nr. 10 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 3 Satz 3 und Abs. 7 Satz 3 jeweils „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 24 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 5 Satz 1 „Abs. 3“ durch „Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 24 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 „(§ 66)“ durch „(§ 65)“ ersetzt.

01.04.2024.—Artikel 13 Nr. 2 des Gesetzes vom 17. Juli 2023 (BGBl. I Nr. 191) hat in Abs. 7 Satz 1 „Qualifizierungsgeld,“ nach „Arbeitslosengeld,“ eingefügt.

der als Arbeitgeberanteil bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung als Beitragsanteil zu zahlen wäre, höchstens jedoch auf die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine private Pflegeversicherung zu zahlen hat. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz 1 Satz 3 mit der Maßgabe, daß sie höchstens den Betrag erhalten, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Bestehen innerhalb desselben Zeitraumes mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.

(3) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuß nach Absatz 1 oder 2 hatten, sowie für Bezieher von Leistungen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes und Bezieher einer Übergangsvorsorge nach § 7 des Tarifvertrages über einen sozialverträglichen Personalabbau im Bereich des Bundesministeriums der Verteidigung vom 30. November 1991 bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Betrages, den Bezieher von Vorruhestandsgeld als versicherungspflichtig Beschäftigte ohne den Beitragszuschlag nach § 55 Absatz 3 Satz 1 zu zahlen hätten, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den sie ohne den Beitragszuschlag nach § 55 Absatz 3 Satz 1 zu zahlen haben. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) Die in § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, 7 oder 8 genannten Personen, für die nach § 23 Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht, erhalten vom zuständigen Leistungsträger einen Zuschuß zu ihrem privaten Pflegeversicherungsbeitrag. Als Zuschuß ist der Betrag zu zahlen, der von dem Leistungsträger als Beitrag bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre, höchstens jedoch der Betrag, der an das private Versicherungsunternehmen zu zahlen ist.

(5) Der Zuschuß nach den Absätzen 2, 3 und 4 wird für eine private Pflegeversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen:

1. die Pflegeversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
3. die Pflegeversicherung nur zusammen mit der Krankenversicherung, nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Berechtigte den Zuschuss erhalten, nur für die Kranken- und Pflegeversicherung verwendet.

(6) Das Krankenversicherungsunternehmen hat dem Versicherungsnehmer eine Bescheinigung darüber auszuhändigen, daß ihm die Aufsichtsbehörde bestätigt hat, daß es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Absatz 5 genannten Voraussetzungen betreibt. Der Versicherungsnehmer hat diese Bescheinigung dem zur Zahlung des Beitragszuschusses Verpflichteten jeweils nach Ablauf von drei Jahren vorzulegen.

(7) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben und bei einem privaten Versicherungsunternehmen pflegeversichert sind, sowie Personen, für die der halbe Beitragssatz nach § 55 Absatz 1 Satz 3 gilt, haben gegenüber dem Arbeitgeber oder Dienstherrn, der die Beihilfe und Heilfürsorge zu Aufwendungen aus Anlaß der Pflege gewährt, keinen Anspruch auf einen Beitragszuschuß. Hinsichtlich der Beitragszuschüsse für Abgeordnete, ehemalige Abgeordnete und deren Hinterbliebene wird auf die Bestimmungen in den jeweiligen Abgeordnetengesetzen verwiesen.¹⁰⁶

106 ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat Satz 1 in Abs. 8 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben und bei einem privaten Versiche-

**Dritter Abschnitt
Bundesmittel¹⁰⁷**

§ 61a Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

rungsunternehmen pflegeversichert sind, tritt an die Stelle des Zuschusses nach Absatz 2 die Beihilfe oder Heilfürsorge des Dienstherrn zu Aufwendungen aus Anlaß der Pflege.“

01.01.1998.—Artikel 10 Nr. 9 lit. a des Gesetzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

Artikel 10 Nr. 9 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

01.01.2000.—Artikel 3 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 5 „Teilnehmer an beruflfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation sowie an Berufsfindung oder Arbeitserprobung“ durch „Die in § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, 7 oder 8 genannten Personen“ ersetzt.

01.07.2000.—Artikel 3 Nr. 5 lit. b des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 6 Nr. 3 „oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Berechtigte den Zuschuss erhalten, nur für die Kranken- und Pflegeversicherung verwendet“ am Ende eingefügt.

Artikel 3 Nr. 5 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 2 „jeweils nach Ablauf von drei Jahren“ nach „Verpflichteten“ eingefügt.

01.08.2001.—Artikel 3 § 56 Nr. 10 des Gesetzes vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266) hat in Abs. 2 Satz 1 „oder Lebenspartner“ nach „Angehörigen“ eingefügt.

07.11.2001.—Artikel 219 Nr. 7 der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 4 Satz 1 „Bundesministers“ durch „Bundesministeriums“ ersetzt.

01.01.2005.—Artikel 1 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3448) hat in Abs. 3 Satz 1 „Satz 2“ nach „Abs. 3“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Der Zuschuß beträgt die Hälfte des Beitrags, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld als versicherungspflichtig Beschäftigter zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den er zu zahlen hat.“

01.01.2007.—Artikel 8 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 24. April 2006 (BGBl. I S. 926) hat in Abs. 1 Satz 3 „oder Winterausfallgeld“ nach „Kurzarbeitergeld“ gestrichen.

Artikel 8 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „oder Winterausfallgeld“ nach „Kurzarbeitergeld“ gestrichen.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 36 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 3 aufgehoben und Abs. 4 bis 8 in Abs. 3 bis 7 unnummeriert. Abs. 3 lautete:

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

Artikel 2a Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 15. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2426) hat in Abs. 5 „Absätzen 2, 4 und 5“ durch „Absätzen 2, 3 und 4“ ersetzt.

Artikel 2a Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 „Absatz 6“ durch „Absatz 5“ ersetzt.

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 16 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 1 Satz 4 eingefügt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 25 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 3 Satz 2 jeweils „Abs. 3“ durch „Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 25 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 „Abs. 1 Satz 2“ durch „Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.

01.04.2024.—Artikel 13 Nr. 3 des Gesetzes vom 17. Juli 2023 (BGBl. I Nr. 191) hat in Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2 Satz 3 jeweils „oder Qualifizierungsgeld“ nach „Kurzarbeitergeld“ eingefügt.

107 QUELLE

01.01.2022.—Artikel 2 Nr. 17 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Überschrift des Abschnitts eingefügt.

(1) Der Bund leistet zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung ab dem Jahr 2022 jährlich 1 Milliarde Euro in monatlich zum jeweils ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen an den Ausgleichsfonds nach § 65. Die Zahlungen für die Jahre 2024 bis 2027 werden ausgesetzt und ab dem Jahr 2028 wieder aufgenommen.

(2) Das entsprechend dem Haushaltsgesetz 2022 der sozialen Pflegeversicherung vom Bund gewährte Darlehen in Höhe von 1 Milliarde Euro ist in Höhe von 0,5 Milliarden Euro bis zum 31. Dezember 2023 und in Höhe von 0,5 Milliarden Euro bis zum 31. Dezember 2018 zurückzuzahlen.¹⁰⁸

Vierter Abschnitt Verwendung und Verwaltung der Mittel¹⁰⁹

§ 62 Mittel der Pflegekasse

Die Mittel der Pflegekasse umfassen die Betriebsmittel und die Rücklage.

§ 63 Betriebsmittel

(1) Die Betriebsmittel dürfen nur verwendet werden:

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

(2) Die Betriebsmittel dürfen im Durchschnitt des Haushaltsjahres monatlich das Einfache des nach dem Haushaltsplan der Pflegekasse auf einen Monat entfallenden Betrages der in Absatz 1 Nr. 1 genannten Aufwendungen nicht übersteigen. Bei der Feststellung der vorhandenen Betriebsmittel sind die Forderungen und Verpflichtungen der Pflegekasse zu berücksichtigen, soweit sie nicht der Rücklage zuzuordnen sind. Durchlaufende Gelder bleiben außer Betracht.

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

§ 64 Rücklage

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

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

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

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

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

108 QUELLE

01.01.2022.—Artikel 2 Nr. 17 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 26 lit. b des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat Abs. 2 eingefügt.

01.01.2024.—Artikel 7 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 406) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

109 UMNUMMERIERUNG

01.01.2022.—Artikel 2 Nr. 18 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat den Dritten Abschnitt in den Vierten Abschnitt umnummeriert.

Fünfter Abschnitt Ausgleichsfonds, Finanzausgleich¹¹⁰

§ 65 Ausgleichsfonds

(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung verwaltet als Sondervermögen (Ausgleichsfonds) die eingehenden Beträge aus:

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

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

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

(4) Die dem Bundesamt für Soziale Sicherung bei der Verwaltung des Ausgleichsfonds entstehenden Kosten werden durch die Mittel des Ausgleichsfonds gedeckt. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen, die Näheres zu der Erstattung der Verwaltungskosten regeln.

(5) Für das Haushalts- und Rechnungswesen des Ausgleichsfonds gelten die §§ 76 und 77 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 1a Satz 1 bis 3 entsprechend; für die Anlage der Mittel gelten die §§ 80, 83 Absatz 1 und 2 bis 4, die §§ 84 und 86 des Vierten Buches entsprechend. Die Mittel des Ausgleichsfonds können abweichend von § 83 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe b und c sowie Nummer 4 Buchstabe c des Vierten Buches angelegt werden bei Kreditinstituten, die die geltenden Vorschriften über das Eigenkapital und die Liquidität einhalten. Die Einhaltung der Vorschriften über das Eigenkapital und die Liquidität ist regelmäßig, mindestens jährlich, zu überprüfen.¹¹¹

§ 66 Finanzausgleich

(1) Die Leistungsaufwendungen sowie die Verwaltungskosten der Pflegekassen werden von allen Pflegekassen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen gemeinsam getragen. Zu diesem Zweck findet zwischen allen Pflegekassen ein Finanzausgleich statt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung führt den Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen durch. Es hat Näheres zur Durchführung des Finanzausgleichs mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu vereinbaren. Die Vereinbarung ist für die Pflegekasse verbindlich.

(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann zur Durchführung des Zahlungsverkehrs nähere Regelungen mit der Deutschen Rentenversicherung Bund treffen.¹¹²

110 UMNUMMERIERUNG

01.01.2022.—Artikel 2 Nr. 19 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat den Vierten Abschnitt in den Fünften Abschnitt umnummeriert.

111 ÄNDERUNGEN

01.01.2009.—Artikel 8 Nr. 31 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Nr. 2 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Nr. 3 eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 33 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Abs. 4 eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 39 Nr. 10 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 1 Satz 1 und Abs. 4 Satz 1 jeweils „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

01.01.2023.—Artikel 9 Nr. 2 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2759) hat Abs. 5 eingefügt.

112 ÄNDERUNGEN

§ 67 Monatlicher Ausgleich

(1) Jede Pflegekasse ermittelt bis zum 10. des Monats

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

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

(3) Die Pflegekasse hat dem Bundesamt für Soziale Sicherung die notwendigen Berechnungsgrundlagen mitzuteilen.¹¹³

§ 68 Jahresausgleich

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

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

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über:

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

regeln.¹¹⁴

01.10.2005.—Artikel 10 Nr. 5 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 2 „Bundesversicherungsanstalt für Angestellte“ durch „Deutschen Rentenversicherung Bund“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 8 Nr. 32 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 4 „den Spitzenverbänden“ durch „dem Spitzenverband Bund“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 39 Nr. 10 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2 jeweils „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

113 ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 37 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 1 „15. des Monats“ durch „10. des Monats“ ersetzt.

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

114 ÄNDERUNGEN

07.11.2001.—Artikel 219 Nr. 4 der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 3 „Arbeit und Sozialordnung kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit“ durch „Gesundheit kann“ ersetzt.

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

Siebttes Kapitel Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern

Erster Abschnitt Allgemeine Grundsätze

§ 69 Sicherstellungsauftrag

Die Pflegekassen haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag). Sie schließen hierzu Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen (§ 71) und sonstigen Leistungserbringern. Dabei sind die Vielfalt, die Unabhängigkeit und Selbständigkeit sowie das Selbstverständnis der Träger von Pflegeeinrichtungen in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten.¹¹⁵

§ 70 Beitragssatzstabilität

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

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

Zweiter Abschnitt Beziehungen zu den Pflegeeinrichtungen

§ 71 Pflegeeinrichtungen

(1) Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) im Sinne dieses Buches sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 versorgen.

(1a) Auf ambulante Betreuungseinrichtungen, die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erbringen (Betreuungsdienste), sind die Vorschriften dieses Buches, die für Pflegedienste gelten, entsprechend anzuwenden, soweit keine davon abweichende Regelung bestimmt ist.

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

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

01.10.2005.—Artikel 10 Nr. 6 des Gesetzes vom 9. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3242) hat in Abs. 1 Satz 2 „Bundeskknappschaft“ durch „Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ ersetzt.

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

01.01.2020.—Artikel 39 Nr. 10 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 2 „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

115 ÄNDERUNGEN

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat in Satz 2 „und“ nach „Versorgungsverträge“ durch „ , Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 38 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Satz 2 „ , Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen“ nach „Versorgungsverträge“ gestrichen.

(3) Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne der Absätze 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als

1. Pflegefachfrau oder Pflegefachmann,
2. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,
3. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
4. Altenpflegerin oder Altenpfleger

eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als ausgebildete Pflegefachkraft. Bei Betreuungsdiensten kann anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre (verantwortliche Fachkraft) eingesetzt werden. Die Rahmenfrist nach den Sätzen 1, 2 oder 3 beginnt acht Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Absatzes 1 oder 2 bestellt werden soll. Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist ferner Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich durchgeführt wurde. Anerkennungen als verantwortliche Fachkraft, die im Rahmen der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste erfolgt sind, gelten fort. Für die Anerkennung einer verantwortlichen Fachkraft ist ferner ab dem 1. Januar 2023 ebenfalls Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme im Sinne von Satz 5 durchgeführt wurde.

(4) Keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2 sind

1. stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Teilhabe an Bildung oder zur sozialen Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker Menschen oder von Menschen mit Behinderungen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen,
2. Krankenhäuser sowie
3. Räumlichkeiten,
 - a) in denen der Zweck des Wohnens von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe für diese im Vordergrund steht,
 - b) auf deren Überlassung das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz Anwendung findet und
 - c) in denen der Umfang der Gesamtversorgung der dort wohnenden Menschen mit Behinderungen durch Leistungserbringer regelmäßig einen Umfang erreicht, der weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht; bei einer Versorgung der Menschen mit Behinderungen sowohl in Räumlichkeiten im Sinne der Buchstaben a und b als auch in Einrichtungen im Sinne der Nummer 1 ist eine Gesamtbetrachtung anzustellen, ob der Umfang der Versorgung durch Leistungserbringer weitgehend der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung entspricht.

(5) Mit dem Ziel, eine einheitliche Rechtsanwendung zu fördern, erlässt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen spätestens bis zum 1. Juli 2019 Richtlinien zur näheren Abgrenzung, wann die in Absatz 4 Nummer 3 Buchstabe c in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung genannten Merkmale vorliegen und welche Kriterien bei der Prüfung dieser Merkmale mindestens heranzuziehen sind. Die Richtlinien nach Satz 1 sind im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene zu beschließen; die Länder, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sind zu beteiligen. Für die Richtlinien nach Satz 1 gilt § 17 Absatz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Genehmigung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erteilt und die Genehmigung als

erteilt gilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden.¹¹⁶

116 ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat Abs. 3 und 4 eingefügt.

01.07.2001.—Artikel 10 Nr. 18 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Stationäre Einrichtungen, in denen die medizinische Vorsorge oder Rehabilitation, die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Kranker oder Behinderter im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser sind keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2.“

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat Abs. 3 Satz 3 bis 5 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 39 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Satz 1 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Für die Anerkennung als Pflegefachkraft im Sinne der Absätze 1 und 2 ist neben dem Abschluß einer Ausbildung als Krankenschwester oder Krankenpfleger, als Kinderkrankenschwester oder Kinderkrankenpfleger nach dem Krankenpflegegesetz oder als Altenpflegerin oder Altenpfleger nach Landesrecht eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre erforderlich.“

Artikel 1 Nr. 39 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 6 eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 27 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 2 Nr. 2 jeweils „nur“ nach „oder“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 27 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 bis 3 jeweils „fünf Jahre“ durch „acht Jahre“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 27 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 4 und 5 in Abs. 3 aufgehoben. Die Sätze 4 und 5 lauteten: „Diese Rahmenfrist verlängert sich um Zeiten, in denen eine in diesen Vorschriften benannte Fachkraft

1. wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war,
2. als Pflegeperson nach § 19 eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich gepflegt hat oder
3. an einem betriebswirtschaftlichen oder pflegewissenschaftlichen Studium oder einem sonstigen Weiterbildungslehrgang in der Kranken-, Alten- oder Heilerziehungspflege teilgenommen hat, soweit der Studien- oder Lehrgang mit einem nach Bundes- oder Landesrecht anerkannten Abschluss beendet worden ist.

Die Rahmenfrist darf in keinem Fall acht Jahre überschreiten.“

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 33a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 „pflegen und hauswirtschaftlich“ durch „mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36“ ersetzt.

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 14a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Abs. 5 eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 10 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 1a eingefügt.

Artikel 10 Nr. 7 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 3 eingefügt.

Artikel 10 Nr. 7 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 3 Satz 4 „Satz 1 oder 2“ durch „den Sätzen 1, 2 oder 3“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 7 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 6 und 7 eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 1 Nr. 15 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) und Artikel 12 Nr. 2 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) haben Abs. 4 neu gefasst. Abs. 4 lautete:

„(4) Stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser sind keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2.“

Artikel 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) hat Satz 1 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne von Absatz 1 und 2 ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als

1. Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger,

§ 72 Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

(1) Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).

(2) Der Versorgungsvertrag wird zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung oder einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger und den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land abgeschlossen, soweit nicht nach Landesrecht der örtliche Träger für die Pflegeeinrichtung zuständig ist; für mehrere oder alle selbstständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2) einschließlich für einzelne, eingestreute Pflegeplätze eines Pflegeeinrichtungsträgers, die vor Ort organisatorisch miteinander verbunden sind, kann, insbesondere zur Sicherstellung einer quartiersnahen Unterstützung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen, ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) geschlossen werden. Er ist für die Pflegeeinrichtung und für alle Pflegekassen im Inland unmittelbar verbindlich. Bei Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a sind bereits vorliegende Vereinbarungen aus der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste zu beachten.

(3) Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die

1. den Anforderungen des § 71 genügen,
2. die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten und die Vorgaben des Absatzes 3a oder Absatz 3b erfüllen,
3. sich verpflichten, nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln,
4. sich verpflichten, die ordnungsgemäße Durchführung von Qualitätsprüfungen zu ermöglichen,
5. sich verpflichten, an dem Verfahren zur Übermittlung von Daten nach § 35 Absatz 6 des Infektionsschutzgesetzes teilzunehmen, sofern es sich bei ihnen um stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2 handelt;

ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages besteht, soweit und solange die Pflegeeinrichtung diese Voraussetzungen erfüllt. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Pflegeeinrichtungen sollen die Versorgungsverträge vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abgeschlossen werden. Bei ambulanten Pflegediensten ist in den Versorgungsverträgen der Einzugsbereich festzulegen, in dem die Leistungen ressourcenschonend und effizient zu erbringen sind.

(3a) Ab dem 1. September 2022 dürfen Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, Gehälter zahlen, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart ist, an die die jeweiligen Pflegeeinrichtungen gebunden sind.

(3b) Mit Pflegeeinrichtungen, die nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen für ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, gebunden sind, dürfen Versorgungsverträge ab dem 1. September 2022 nur abgeschlossen werden, wenn diese Pflegeeinrichtungen ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeit-

-
2. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder
 3. Altenpflegerin oder Altenpfleger

eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre erforderlich.“

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 20 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 3 Satz 7 „1. Juni 2021“ durch „1. Januar 2023“ ersetzt.

nehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, eine Entlohnung zahlen, die

1. die Höhe der Entlohnung eines Tarifvertrags nicht unterschreitet, dessen räumlicher, zeitlicher, fachlicher und persönlicher Geltungsbereich eröffnet ist,
2. die Höhe der Entlohnung eines Tarifvertrags nicht unterschreitet, dessen fachlicher Geltungsbereich mindestens eine andere Pflegeeinrichtung in der Region erfasst, in der die Pflegeeinrichtung betrieben wird, und dessen zeitlicher und persönlicher Geltungsbereich eröffnet ist,
3. die Höhe der Entlohnung von Nummer 1 oder Nummer 2 entsprechenden kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht unterschreitet oder
4. hinsichtlich der Entlohnungsbestandteile nach Satz 2 Nummer 1 bis 5, die den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern der in § 82c Absatz 2 Satz 4 genannten Qualifikationsgruppen jeweils im Durchschnitt gezahlt werden, die Höhe der jeweiligen regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und hinsichtlich der pflegetypischen Zuschläge nach Satz 2 Nummer 6, die den in Satz 1 genannten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Durchschnitt gezahlt werden, die Höhe der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3, jeweils in der nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten Höhe, nicht unterschreitet.

Zur Entlohnung im Sinne dieses Gesetzes zählen

1. der Grundlohn,
2. regelmäßige Jahressonderzahlungen,
3. vermögenswirksame Leistungen des Arbeitgebers,
4. pflegetypische Zulagen,
5. der Lohn für Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft sowie
6. pflegetypische Zuschläge.

Pflegetypische Zuschläge im Sinne von Satz 2 Nummer 6 sind Nachtzuschläge, Sonntagszuschläge und Feiertagszuschläge. Diese sind von den Pflegeeinrichtungen im Fall von Satz 1 Nummer 4 unter den folgenden Voraussetzungen zu zahlen:

1. Nachtzuschläge für eine Tätigkeit in der Nacht, mindestens im Zeitraum zwischen 23 und 6 Uhr,
2. Sonntagszuschläge für eine Tätigkeit an Sonntagen im Zeitraum zwischen 0 und 24 Uhr,
3. Feiertagszuschläge für eine Tätigkeit an gesetzlichen Feiertagen im Zeitraum zwischen 0 und 24 Uhr.

Die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen haben die Entlohnung im Sinne von Satz 1, soweit mit ihr die Voraussetzungen nach dieser Vorschrift erfüllt werden, in Geld zu zahlen. Tritt im Fall von Satz 1 Nummer 1 bis 3 eine Änderung im Hinblick auf die in dem jeweiligen Tarifvertrag oder in den jeweiligen kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbarte Entlohnung ein, haben die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen die erforderlichen Anpassungen der von ihnen gezahlten Entlohnung spätestens innerhalb von zwei Monaten vorzunehmen, nachdem die jeweilige Änderung nach § 82c Absatz 5 veröffentlicht wurde. Erhöhen sich im Fall von Satz 1 Nummer 4 die nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 oder die nach § 82c Absatz 5 veröffentlichten regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3, haben die Pflegeeinrichtungen ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung für Pflegebedürftige erbringen, die höhere Entlohnung im Zeitraum ab dem 1. Dezember 2022 spätestens ab dem 1. Februar 2023, nach dem 1. Februar 2023 jeweils spätestens ab dem 1. Januar des Jahres, das auf die Veröffentlichung der Werte nach § 82c Absatz 5 folgt, zu zahlen. Zur Erfüllung der Vorgaben von Satz 1 Nummer 4 sind im Zeitraum vom 1. September 2022 bis zum 31. Januar 2023 die aufgrund der Mitteilung nach Absatz 3e in der am 20. Juli 2021 geltenden Fassung und auf der Grundlage von § 82c Absatz 5 in der am 20. Juli 2021 geltenden Fassung veröffentlichten regional üblichen Entgelt-niveaus in drei Qualifikationsgruppen und pflegetypischen Zuschläge nach den Sätzen 3 und Satz 4 maßgebend.

(3c) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien, erstmals bis zum Ablauf des 30. September 2021, das Nähere insbesondere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Vorgaben der Absätze 3a und 3b sowie zu den nach Absatz 3e Satz 1 Nummer 2 erforderlichen Angaben fest. In den Richtlinien ist auch festzulegen, welche Folgen eintreten, wenn eine Pflegeeinrichtung ihre Mitteilungspflicht nach Absatz 3d Satz 2 oder Absatz 3e nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllt. Die in den Richtlinien vorgesehenen Folgen müssen verhältnismäßig sein und im Einzelfall durch den jeweiligen Landesverband der Pflegekassen gegenüber der Pflegeeinrichtung verhältnismäßig angewendet werden. Bei der Festlegung hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales genehmigt. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien sind für die Pflegekassen und ihre Verbände sowie für die Pflegeeinrichtungen verbindlich.

(3d) Pflegeeinrichtungen haben den Landesverbänden der Pflegekassen zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen des Absatzes 3a oder des Absatzes 3b mitzuteilen,

1. an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind,
2. welcher Tarifvertrag oder welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen in den Fällen des Absatzes 3b Satz 1 Nummer 1 bis 3 für sie maßgebend ist oder sind oder
3. ob im Fall des Absatzes 3b Satz 1 Nummer 4 die veröffentlichte Höhe der regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und die veröffentlichte Höhe der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 für sie maßgebend sind.

Im Jahr 2022 sind alle Pflegeeinrichtungen verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen die in Satz 1 in der am 20. Juli 2021 geltenden Fassung genannten Angaben spätestens bis zum Ablauf des 28. Februar 2022 mitzuteilen. Die Mitteilung nach Satz 2 gilt, sofern die Pflegeeinrichtung dem nicht widerspricht, als Antrag auf entsprechende Anpassung des Versorgungsvertrags mit Wirkung zum 1. September 2022.

(3e) Pflegeeinrichtungen, die im Sinne von Absatz 3a an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind, haben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen bis zum Ablauf des 31. August jeden Jahres Folgendes mitzuteilen:

1. an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind,
2. Angaben über die sich aus diesen Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ergebende am 1. August des Jahres gezahlte Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, soweit diese Angaben zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach den Absätzen 3a und 3b oder zur Ermittlung des oder der regional üblichen Entlohnungsniveaus sowie der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge nach § 82c Absatz 2 Satz 2 erforderlich sind.

Der Mitteilung ist die jeweils am 1. August des Jahres geltende durchgeschriebene Fassung des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen beizufügen. Tritt nach der Mitteilung nach Satz 1 eine Änderung im Hinblick auf die Wirksamkeit oder den Inhalt des mitgeteilten Tarifvertrags oder der mitgeteilten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen ein, haben die in Satz 1 genannten Pflegeeinrichtungen dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen diese Änderung unverzüglich mitzuteilen und dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen unverzüglich die aktuelle, durchgeschriebene Fassung des geänderten Tarifvertrags oder der geänderten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen zu übermitteln.

(3f) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales bis zum 31. Dezember 2025 die Wirkungen der Regelungen der Absätze 3a und 3b und des § 82c.

(3g) Versorgungsverträge, die mit Pflegeeinrichtungen vor dem 1. September 2022 abgeschlossen wurden, sind spätestens bis zum Ablauf des 31. August 2022 mit Wirkung ab dem 1. September 2022 an die Vorgaben des Absatzes 3a oder des Absatzes 3b anzupassen.

(4) Mit Abschluß des Versorgungsvertrages wird die Pflegeeinrichtung für die Dauer des Vertrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten zugelassen. Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet; dazu gehört bei ambulanten Pflegediensten auch die Durchführung von Beratungseinsätzen nach § 37 Absatz 3 auf Anforderung des Pflegebedürftigen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Leistungen der Pflegeeinrichtung nach Maßgabe des Achten Kapitels zu vergüten.¹¹⁷

117 ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 26 lit. a des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat in Abs. 1 Satz 2 „(§ 43 Abs. 2)“ durch „(§ 4 Abs. 2)“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 26 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „; dazu gehört bei ambulanten Pflegediensten auch die Durchführung von Pflegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3 auf Anforderung des Pflegebedürftigen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 26 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 6 lit. a des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat Satz 1 in Abs. 3 geändert. Satz 1 lautete: „Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die den Anforderungen des § 71 genügen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten; ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages besteht, soweit und solange die Pflegeeinrichtung diese Voraussetzungen erfüllt.“

Artikel 1 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 aufgehoben. Abs. 5 lautete:

„(5) Zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die Pflegekasse dem Pflegebedürftigen spätestens mit dem Bescheid über die Bewilligung seines Antrags auf Gewährung häuslicher, teil- oder vollstationärer Pflege eine Preisvergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln, in deren Einzugsbereich er wohnt. Zugleich ist dem Pflegebedürftigen eine Beratung darüber anzubieten, welche Pflegeleistungen für ihn in seiner persönlichen Situation in Betracht kommen.“

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 40 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 1 Satz 2 „(§ 4 Abs. 2)“ durch „(§ 84 Abs. 4)“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 40 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2) eines Pflegeeinrichtungsträgers, die örtlich und organisatorisch miteinander verbunden sind, kann ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) geschlossen werden“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 40 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat Satz in Abs. 3 geändert. Satz 1 lautete: „Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die

1. den Anforderungen des § 71 genügen,
2. die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten,
3. sich verpflichten, nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 80 einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln;

ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages besteht, soweit und solange die Pflegeeinrichtung diese Voraussetzungen erfüllt.“

Artikel 1 Nr. 40 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Bei ambulanten Pflegediensten ist der örtliche Einzugsbereich in den Versorgungsverträgen so festzulegen, daß lange Wege möglichst vermieden werden.“

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 28 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 2 Satz 1 „örtlich und“ durch „vor Ort“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 28 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 das Komma durch „ , soweit diese nicht von einer Verordnung über Mindestentgeltsätze aufgrund des Gesetzes über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Arbeitnehmer-Entsendegesetz) erfasst sind,“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 15a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 2 Satz 1 „einschließlich für einzelne, eingestreute Pflegeplätze“ nach „(§ 71 Abs. 1 und 2)“ und „ , insbesondere zur Sicherstellung einer quartiersnahen Unterstützung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen,“ nach „kann“ eingefügt.

11.05.2019.—Artikel 10 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

Artikel 10 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „Pflegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3“ durch „Beratungseinsätzen nach § 37 Absatz 3“ ersetzt.

29.10.2020.—Artikel 3 Nr. 5 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 das Semikolon am Ende durch ein Komma ersetzt und Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 21 lit. b des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 3 Satz 3 „ressourcenschonend und effizient“ nach „Leistungen“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 21 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3a bis 3f eingefügt.

19.03.2022.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 18. März 2022 (BGBl. I S. 466) hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 das Semikolon am Ende durch ein Komma ersetzt und Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 eingefügt.

30.06.2022.—Artikel 2 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) hat in Abs. 3a „eine Entlohnung“ durch „Gehälter“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3b neu gefasst. Abs. 3b lautet:

„(3b) Mit Pflegeeinrichtungen, die nicht an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsrechtsregelungen für ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, gebunden sind, dürfen Versorgungsverträge ab dem 1. September 2022 nur abgeschlossen werden, wenn sie ihren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, eine Entlohnung zahlen, die

1. die Höhe der Entlohnung eines Tarifvertrags nicht unterschreitet, dessen räumlicher, zeitlicher, fachlicher und persönlicher Geltungsbereich eröffnet ist,
2. die Höhe der Entlohnung eines Tarifvertrags nicht unterschreitet, dessen fachlicher Geltungsbereich mindestens eine andere Pflegeeinrichtung in der Region erfasst, in der die Pflegeeinrichtung betrieben wird, und dessen zeitlicher und persönlicher Geltungsbereich eröffnet ist, oder
3. die Höhe der Entlohnung einer der Nummer 1 oder Nummer 2 entsprechenden kirchlichen Arbeitsrechtsregelung nicht unterschreitet.

Versorgungsverträge, die mit Pflegeeinrichtungen vor dem 1. September 2022 abgeschlossen wurden, sind bis spätestens zum Ablauf des 31. August 2022 mit Wirkung ab 1. September 2022 an die Vorgaben des Absatzes 3a oder Absatzes 3b anzupassen.“

Artikel 2 Nr. 2 lit. c litt. aa und bb desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 3c durch die Sätze 1 bis 3 ersetzt. Satz 1 lautete: „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien, erstmals bis zum Ablauf des 30. September 2021, das Nähere insbesondere zu den Verfahrens- und Prüfgrundsätzen für die Einhaltung der Vorgaben der Absätze 3a und 3b fest.“

Artikel 2 Nr. 2 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat im neuen Abs 3c Satz 4 „Er hat dabei“ durch „Bei der Festlegung hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. c litt. dd desselben Gesetzes hat Abs. 3c Satz 7 eingefügt.

Artikel 2 Nr. 2 lit. d und e desselben Gesetzes hat Abs. 3d und 3e neu gefasst. Abs. 3d und 3e lauteten:

„(3d) Pflegeeinrichtungen haben den Landesverbänden der Pflegekassen zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen der Absätze 3a oder 3b mitzuteilen, an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie im Fall des Absatzes 3a gebunden sind oder welcher Tarifvertrag oder welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen im Fall des Absatzes 3b für sie maßgebend sind. Änderungen der Angaben gemäß Satz 1 nach Abschluss des Versorgungsvertrags sind unverzüglich mitzuteilen. Im Jahr 2022 sind alle Pflegeeinrichtungen verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen die Angaben gemäß Satz 1 oder Satz 2 spätestens bis zum Ablauf des 28. Februar 2022 mitzuteilen. Die Mitteilung nach Satz 3 gilt, sofern die Pflegeeinrichtung dem nicht widerspricht, als Antrag auf entsprechende Anpassung des Versorgungsvertrags mit Wirkung zum 1. September 2022.

(3e) Pflegeeinrichtungen, die an Tarifverträge oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen nach Absatz 3a gebunden sind, haben den Landesverbänden der Pflegekassen jährlich bis zum Ablauf des 30. September des Jahres mitzuteilen, an welchen Tarifvertrag oder an welche kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sie gebunden sind. Dabei sind auch die maßgeblichen Informationen aus den Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen für die Feststellung der Entlohnung der Arbeit-

§ 73 Abschluß von Versorgungsverträgen

(1) Der Versorgungsvertrag ist schriftlich abzuschließen.

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

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

(4) Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen gilt Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, daß der für die Vorlage der Unterlagen nach Satz 3 maßgebliche Zeitpunkt der 30. September 1995 und der Stichtag nach Satz 2 der 30. Juni 1996 ist.¹¹⁸

§ 74 Kündigung von Versorgungsverträgen

(1) Der Versorgungsvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Pflegekassen jedoch nur, wenn die zugelassene Pflegeeinrichtung nicht nur vorübergehend eine der Voraussetzungen des § 72 Absatz 3 Satz 1, Absatz 3a oder Absatz 3b nicht oder nicht mehr erfüllt; dies gilt auch, wenn die Pflegeeinrichtung ihre Pflicht wiederholt gröblich verletzt, Pflegebedürftigen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu bieten, die Hilfen darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten und angemessenen

nehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, zu übermitteln.“

Artikel 2 Nr. 2 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 3g eingefügt.

01.09.2022.—Artikel 2 Nr. 21 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Nr. 2 in Abs. 3 Satz 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten sowie eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen, soweit diese nicht von einer Verordnung über Mindestentgeltsätze aufgrund des Gesetzes über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Arbeitnehmer-Entsendegesetz) erfasst sind,“.

29.12.2022.—Artikel 8a Nr. 2 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat in Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 „§ 20a Absatz 7“ durch „§ 35 Absatz 6“ ersetzt.

01.01.2023.—Artikel 2d Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) hat in Abs. 3e Satz 1 „30. September“ durch „31. August“ und in Abs. 3e Satz 1 Nr. 2 „1. September“ durch „1. August“ ersetzt. Artikel 2d Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3e Satz 2 „1. September“ durch „1. August“ ersetzt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 27 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat Nr. 4 in Abs. 3 Satz 1 aufgehoben und Nr. 5 und 6 in Nr. 4 und 5 unnummeriert. Nr. 4 lautete:

„4. sich verpflichten, alle Expertenstandards nach § 113a anzuwenden,“.

118 ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 27 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat Abs. 3 Satz 3 eingefügt.

Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen. Vor Kündigung durch die Landesverbände der Pflegekassen ist das Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (§ 72 Abs. 2 Satz 1) herzustellen. Die Landesverbände der Pflegekassen können im Einvernehmen mit den zuständigen Trägern der Sozialhilfe zur Vermeidung der Kündigung des Versorgungsvertrages mit dem Träger der Pflegeeinrichtung insbesondere vereinbaren, dass

1. die verantwortliche Pflegefachkraft sowie weitere Leitungskräfte zeitnah erfolgreich geeignete Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen absolvieren,
2. die Pflege, Versorgung und Betreuung weiterer Pflegebedürftiger bis zur Beseitigung der Kündigungsgründe ganz oder teilweise vorläufig ausgeschlossen ist.

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

(3) Die Kündigung bedarf der Schriftform. Für Klagen gegen die Kündigung gilt § 73 Abs. 2 entsprechend.¹¹⁹

§ 75 Rahmenverträge, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen über die pflegerische Versorgung

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

(2) Die Verträge regeln insbesondere:

119 ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 41 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 1 Satz 1 „ ; dies gilt auch, wenn die Pflegeeinrichtung ihre Pflicht wiederholt gröblich verletzt, Pflegebedürftigen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu bieten, die Hilfen darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten und angemessenen Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 41 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 41 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „dem Heimgesetz“ durch „den heimrechtlichen Vorschriften“ ersetzt.

01.09.2022.—Artikel 2 Nr. 22 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 1 Satz 1 „Abs. 3 Satz 1“ durch „Absatz 3 Satz 1, Absatz 3a oder Absatz 3b“ ersetzt.

1. den Inhalt der Pflegeleistungen einschließlich der Sterbebegleitung sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen,
 - 1a. bei häuslicher Pflege den Inhalt der ergänzenden Unterstützung bei Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen,
2. die allgemeinen Bedingungen der Pflege einschließlich der Vertragsvoraussetzungen und der Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung, der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte,
3. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle und sächliche Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,
4. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege,
5. Abschläge von der Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit (Krankenhausaufenthalt, Beurlaubung) des Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim,
6. den Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen,
7. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen,
8. die Grundsätze zur Festlegung der örtlichen oder regionalen Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen, um Pflegeleistungen ohne lange Wege möglichst orts- und bürgernah anzubieten,
9. die Möglichkeiten, unter denen sich Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Pflegepersonen und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in der häuslichen Pflege sowie in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen an der Betreuung Pflegebedürftiger beteiligen können,
10. die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise zur Darlegung der prospektiven Sach- und Personalaufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Personalbeschaffung soweit geeigneter Qualitätsnachweise für die Anwerbung von Pflegepersonal aus Drittstaaten bei den Vergütungsverhandlungen, soweit nicht von den Richtlinien gemäß § 82c Absatz 4 umfasst.

Durch die Regelung der sächlichen Ausstattung in Satz 1 Nr. 3 werden Ansprüche der Pflegeheimbewohner nach § 33 des Fünften Buches auf Versorgung mit Hilfsmitteln weder aufgehoben noch eingeschränkt.

(3) Als Teil der Verträge nach Absatz 2 Nr. 3 sind entweder

1. landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder
2. landesweite Personalrichtwerte

zu vereinbaren. Dabei ist jeweils der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems zu beachten. Bei der Vereinbarung der Verfahren nach Satz 1 Nr. 1 sind auch in Deutschland erprobte und bewährte internationale Erfahrungen zu berücksichtigen. Die Personalrichtwerte nach Satz 1 Nr. 2 können als Bandbreiten vereinbart werden und umfassen bei teil- oder vollstationärer Pflege wenigstens

1. das Verhältnis zwischen der Zahl der Heimbewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte (in Vollzeitkräfte umgerechnet), unterteilt nach Pflegegrad (Personalanzahl), sowie
2. im Bereich der Pflege, der Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege zusätzlich den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal.

Die Maßstäbe und Grundsätze nach Absatz 2 Nummer 3 sind auch daraufhin auszurichten, dass das Personal bei demselben Einrichtungsträger in verschiedenen Versorgungsbereichen flexibel eingesetzt werden kann. Dies umfasst auch Personalpools oder vergleichbare betriebliche Ausfallkonzepte.

te auf Grundlage einer einrichtungsspezifischen Konzeption, mit denen die vertraglich vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird.

(4) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 innerhalb von sechs Monaten ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Vertragsverhandlungen aufgefordert hat, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach § 76 festgesetzt. Satz 1 gilt auch für Verträge, mit denen bestehende Rahmenverträge geändert oder durch neue Verträge abgelöst werden sollen.

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

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sollen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben. Sie arbeiten dabei mit den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Verbänden der Behinderten und der Pflegebedürftigen eng zusammen.

(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich Grundsätze ordnungsgemäßer Pflegebuchführung für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt unmittelbar nach Aufhebung der gemäß § 83 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 erlassenen Rechtsverordnung in Kraft und ist den im Land tätigen zugelassenen Pflegeeinrichtungen von den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich bekannt zu geben. Sie ist für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.¹²⁰

120 ÄNDERUNGEN

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat in Abs. 1 Satz 1 „sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. im Land“ nach „Krankenversicherung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 7 „einschließlich der Verteilung der Prüfungskosten“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 7 lit. c bis f desselben Gesetzes hat Abs. 3 bis 5 durch Abs. 3 bis 6 ersetzt. Abs. 3 bis 5 lauten:

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

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

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

01.01.2005.—Artikel 10 Nr. 7 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) hat in Abs. 1 Satz 3 jeweils „Sozialhilfeträger“ durch „Träger der Sozialhilfe“ ersetzt.

§ 76 Schiedsstelle

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

(2) Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern; für

01.07.2008.—Artikel 8 Nr. 33 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 6 Satz 1 „Die Spitzenverbände“ durch „Der Spitzenverband Bund“ und „der Spitzenverbände“ durch „des Spitzenverbandes Bund“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 42 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in der Überschrift „und Bundesempfehlungen“ durch „, Bundesempfehlungen und -vereinbarungen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 42 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Nr. 3 in Abs. 2 neu gefasst. Nr. 3 lautete:

„3. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,“.

Artikel 1 Nr. 42 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 8 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Nr. 9 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 42 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 42 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 7 eingefügt.

08.12.2015.—Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2114) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 „einschließlich der Sterbebegleitung“ nach „der Pflegeleistungen“ eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 34 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 3 Satz 4 Nr. 1 „Pflegestufen“ durch „Pflegegrad“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 34 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 5 lautete: „Die Heimpersonalverordnung bleibt in allen Fällen unberührt.“

Artikel 1 Nr. 16 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 „der Vertragsvoraussetzungen und der Vertragserfüllung für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung,“ nach „einschließlich“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Nr. 7 in Abs. 2 Satz 1 neu gefasst. Nr. 7 lautete:

„7. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen,“.

Artikel 1 Nr. 16 lit. a litt. cc und dd desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 9 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 2 Satz 1 Nr. 10 und 11 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 Nr. 2 „sozialen“ nach „Pflege, der“ gestrichen.

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 15 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Abs. 3 Satz 5 eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 1 „der Krankenversicherung“ nach „Dienstes“ gestrichen.

Artikel 10 Nr. 16 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch „Dienstes Bund“ ersetzt.

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 16 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 23 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 1 Satz 3 „oder anderer nach Landesrecht für die Sozialhilfe zuständigen Träger“ vor „, bei“ eingefügt.

01.09.2022.—Artikel 2 Nr. 24 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Nr. 10 in Abs. 2 Satz 1 aufgehoben und Nr. 11 in Nr. 10 unnummeriert. Nr. 10 lautete:

„10. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für die Zahlung einer ortsüblichen Vergütung an die Beschäftigten nach § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2,“.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 28 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat Abs. 1 Satz 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 28 lit. b desselben Gesetzes hat Nr. 10 in Abs. 2 Satz 1 neu gefasst. Nr. 10 lautete:

„10. die Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 geeigneten Nachweise bei den Vergütungsverhandlungen.“

Artikel 1 Nr. 28 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 6 eingefügt.

den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden. Der Schiedsstelle gehört auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie der überörtlichen oder, sofern Landesrecht dies bestimmt, ein örtlicher Träger der Sozialhilfe im Land an, die auf die Zahl der Vertreter der Pflegekassen angerechnet werden. Die Vertreter der Pflegekassen und deren Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Pflegekassen, die Vertreter der Pflegeeinrichtungen und deren Stellvertreter von den Vereinigungen der Träger der Pflegedienste und Pflegeheime im Land bestellt; bei der Bestellung der Vertreter der Pflegeeinrichtungen ist die Trägervielfalt zu beachten. Der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch Los bestimmt. Soweit beteiligte Organisationen keinen Vertreter bestellen oder im Verfahren nach Satz 4 keine Kandidaten für das Amt des Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benennen, bestellt die zuständige Landesbehörde auf Antrag einer der beteiligten Organisationen die Vertreter und benennt die Kandidaten.

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

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

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

(6) Abweichend von § 85 Abs. 5 können die Parteien der Pflegesatzvereinbarung (§ 85 Abs. 2) gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson bestellen. Diese setzt spätestens bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen nach ihrer Bestellung die Pflegesätze und den Zeitpunkt ihres Inkrafttretens fest. Gegen die Festsetzungsentscheidung kann ein Antrag auf gerichtliche Aufhebung nur gestellt werden, wenn die Festsetzung der öffentlichen Ordnung widerspricht. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. § 85 Abs. 6 gilt entsprechend.¹²¹

Dritter Abschnitt Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern

§ 77 Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

(1) Zur Sicherstellung der körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36 soll die Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, um dem Pflegebedürftigen zu helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen oder dem besonderen Wunsch des Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen; Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; § 112 ist entsprechend anzuwenden. Die Vergütungen sind für Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 Absatz 1 zu vereinbaren. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, dass die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflegehilfe erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis

121 ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 43 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 2 Satz 1 „ ; für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 43 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „oder, sofern Landesrecht dies bestimmt, ein örtlicher“ nach „überörtlichen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 43 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 6 eingefügt.

eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. Die Sätze 4 und 5 gelten nicht, wenn

1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und
2. die vor dem 1. Mai 1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse aufgrund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.

In den Pflegeverträgen zwischen den Pflegebedürftigen und den Pflegekräften sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen zu beschreiben. § 120 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(2) Die Pflegekassen können bei Bedarf einzelne Pflegekräfte zur Sicherstellung der körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36 anstellen, für die hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen die gleichen Anforderungen wie für die zugelassenen Pflegedienste nach diesem Buch gelten.¹²²

122 ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 28 lit. a des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Zur Gewährung häuslicher Pflege und zur hauswirtschaftlichen Versorgung können die Pflegekassen Verträge mit geeigneten einzelnen Pflegekräften schließen.“

Artikel 1 Nr. 28 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 3 bis 5 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 44 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Satz 1 in Abs. 1 geändert. Satz 1 lautete: „Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung kann die zuständige Pflegekasse einen Vertrag mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, soweit und solange eine Versorgung nicht durch einen zugelassenen Pflegedienst gewährleistet werden kann; Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig.“

Artikel 1 Nr. 44 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln.“

Artikel 1 Nr. 44 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 6 eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 29 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung kann die zuständige Pflegekasse Verträge mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, soweit

1. die pflegerische Versorgung ohne den Einsatz von Einzelpersonen im Einzelfall nicht ermöglicht werden kann,
2. die pflegerische Versorgung durch den Einsatz von Einzelpersonen besonders wirksam und wirtschaftlich ist (§ 29),
3. dies den Pflegebedürftigen in besonderem Maße hilft, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen (§ 2 Abs. 1), oder
4. dies dem besonderen Wunsch der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe entspricht (§ 2 Abs. 2);

Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Qualität, Qualitätssicherung, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln; die Vergütungen sind für Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, daß die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen. Soweit davon abweichend Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen. Die Sätze 3 und 4 gelten nicht, wenn

1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und
2. die vor dem 1. Mai 1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse auf Grund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind.

Die Pflegekassen können Verträge nach Satz 1 schließen, wenn dies zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung und der Betreuung nach § 36 Abs. 1 unter Berücksichtigung des in der Region vorhandenen

§ 78 Verträge über Pflegehilfsmittel, Pflegehilfsmittelverzeichnis und Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen schließt mit den Leistungserbringern oder deren Verbänden Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln, soweit diese nicht nach den Vorschriften des Fünften Buches über die Hilfsmittel zu vergüten sind. Abweichend von Satz 1 können die Pflegekassen Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln schließen, um dem Wirtschaftlichkeitsgebot verstärkt Rechnung zu tragen. Die §§ 36, 126 und 127 des Fünften Buches gelten entsprechend.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 des Fünften Buches ein systematisch strukturiertes Pflegehilfsmittelverzeichnis. Darin sind die von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfassten Pflegehilfsmittel aufzuführen, soweit diese nicht bereits im Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind. Pflegehilfsmittel, die für eine leihweise Überlassung an die Versicherten geeignet sind, sind gesondert auszuweisen. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis ist spätestens alle drei Jahre unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen fortzuschreiben. Unbeschadet der regelmäßigen Fortschreibung nach Satz 4 entscheidet der Spitzenverband Bund der Pflegekassen über Anträge zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis innerhalb von drei Monaten nach Vorlage der vollständigen Unterlagen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert und berät Hersteller auf deren Anfrage über die Voraussetzungen und das Verfahren zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis; im Übrigen gilt § 139 Absatz 8 des Fünften Buches entsprechend. Die Beratung erstreckt sich insbesondere auch auf die grundlegenden Anforderungen an den Nachweis des pflegerischen Nutzens des Pflegehilfsmittels. Im Übrigen gilt § 139 des Fünften Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass die Verbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen vor Erstellung und Fortschreibung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses ebenfalls anzuhören sind.

(2a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt spätestens alle drei Jahre, erstmals bis zum 30. September 2021, Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen gemäß § 40 Absatz 4 unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien, einschließlich des Verfahrens zur Aufnahme von Produkten oder Maßnahmen in die Empfehlungen. Absatz 2 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend.

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

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, das Pflegehilfsmittelverzeichnis nach Absatz 2 durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit

ambulanten Leistungsangebots oder um den Wünschen der Pflegebedürftigen zu entsprechen erforderlich ist.“

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 34a lit. a litt. aa des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 1 „häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung“ durch „körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 34a lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie für Betreuungsleistungen“ durch „häuslichen Pflegehilfe“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 34a lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 4 „Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung“ durch „Pflegehilfe“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 34a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „häuslichen Pflege“ durch „körperbezogenen Pflege, der pflegerischen Betreuung sowie der Haushaltsführung im Sinne des § 36“ ersetzt.

und Soziales und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und mit Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen; § 40 Abs. 5 bleibt unberührt.¹²³

123 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.

01.07.2001.—Artikel 10 Nr. 19 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat in Abs. 2 Satz 3 „Behinderten“ durch „behinderten Menschen“ 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.

28.11.2003.—Artikel 212 Nr. 3 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 5 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ eingefügt und „dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und“ nach „Einvernehmen mit“ gestrichen.

08.11.2006.—Artikel 264 Nr. 3 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 5 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen und „dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und“ nach „Einvernehmen mit“ eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 8 Nr. 34 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 1 bis 3 neu gefasst. Abs. 1 bis 3 lauteten:

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

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

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

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

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

Artikel 8 Nr. 34 lit. b und c desselben Gesetzes hat Abs. 4 aufgehoben und Abs. 5 in Abs. 4 unnummeriert. Abs. 4 lautete:

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

01.07.2008.—Artikel 9 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 „Die Spitzenverbände der Pflegekassen schließen“ durch „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen schließt“ ersetzt.

Artikel 9 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Die Spitzenverbände der Pflegekassen regeln mit Wirkung für ihre“ durch „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen regelt mit Wirkung für seine“ ersetzt.

Artikel 9 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „Sie erstellen“ durch „Er erstellt“ ersetzt.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat Satz 1 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 1 lautete: „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen regelt mit Wirkung für seine

§ 78a Verträge über digitale Pflegeanwendungen und Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen, Verordnungsermächtigung

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart im Einvernehmen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe mit dem Hersteller einer digitalen Pflegeanwendung innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme der digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3 einen Vergütungsbetrag sowie technische und vertragliche Rahmenbedingungen für die Zurverfügungstellung der digitalen Pflegeanwendungen nach § 40a Absatz 4. Die Vereinbarungen gelten ab dem Zeitpunkt der Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. Kommt innerhalb der Frist nach Satz 1 keine Einigung zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 134 Absatz 3 des Fünften Buches mit der Maßgabe, dass an die Stelle der zwei Vertreter der Krankenkassen zwei Vertreter der Pflegekassen und an die Stelle der zwei Vertreter der Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen zwei Vertreter der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen treten. An den Sitzungen der Schiedsstelle können anstelle der Vertreter der Patientenorganisationen nach § 140f des Fünften Buches Vertreter der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 beratend teilnehmen. Die Hersteller digitaler Pflegeanwendungen stellen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Aufnahme in das Verzeichnis nach Absatz 3 einen kostenfreien und auf drei Monate beschränkten Zugang zu den digitalen Pflegeanwendungen zur Verfügung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt nach Anhörung der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen die Aufteilung des Leistungsanspruchs nach § 40b auf die ergänzende Unterstützungsleistung nach § 39a und die digitale Pflegeanwendung nach § 40a innerhalb von drei Monaten nach Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen fest.

(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen trifft im Einvernehmen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen auf Bundesebene eine Rahmenvereinbarung über die Maßstäbe für die Vereinbarungen der Vergütungsbeträge sowie zu den Grundsätzen der technischen und vertraglichen Rahmenbedingungen für die Zurverfügungstellung der digitalen Pflegeanwendungen. Kommt innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 6 eine Rahmenvereinbarung nicht zustande, setzen die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle nach Absatz 1 Satz 3 innerhalb von drei Monaten die Rahmenvereinbarung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie den in Satz 1 genannten Verbänden auf Antrag einer Vertragspartei und im Einvernehmen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe fest.

(3) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein barrierefreies Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen. § 139e Absatz 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

Mitglieder das Nähere zur Bemessung der Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 4 Satz 2.“

Artikel 1 Nr. 30 desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 1 „Er“ durch „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 16 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 4 „und die Festbeträge nach Absatz 3“ nach „Absatz 2“ gestrichen.

01.01.2021.—Artikel 3 Nr. 2b lit. a des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat in der Überschrift „ , Pflegehilfsmittelverzeichnis und Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen“ am Ende eingefügt.

Artikel 3 Nr. 2b lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 4 bis 7 eingefügt.

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

(4) Die Aufnahme in das Verzeichnis nach Absatz 3 erfolgt auf elektronischen Antrag des Herstellers einer digitalen Pflegeanwendung beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Der Hersteller hat die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf seiner Internetseite bereitgestellten elektronischen Antragsformulare zu verwenden. Der Hersteller hat dem Antrag Nachweise darüber beizufügen, dass die digitale Pflegeanwendung

1. die in der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Nummer 2 geregelten Anforderungen an die Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität erfüllt,
2. die Anforderungen an den Datenschutz erfüllt und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet und
3. im Sinne der Rechtsverordnung nach Absatz 6 Nummer 2 einen pflegerischen Nutzen aufweist.

Die Qualität einer digitalen Pflegeanwendung im Sinne des Satzes 3 Nummer 1 bemisst sich insbesondere nach folgenden Kriterien:

1. Barrierefreiheit,
2. altersgerechte Nutzbarkeit,
3. Robustheit,
4. Verbraucherschutz,
5. Qualität der pflegebezogenen Inhalte und
6. Unterstützung der Pflegebedürftigen, Angehörigen und zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen bei der Nutzung der digitalen Pflegeanwendung.

Auch wenn die digitale Pflegeanwendung mehrfach zur Nutzung abgerufen wird oder eine andere Funktion beinhaltet, die nicht in das Verzeichnis nach Absatz 3 aufgenommen wurde, steht dem Hersteller für die digitale Pflegeanwendung kein höherer als der nach Absatz 1 vereinbarte Vergütungsbetrag zu. Eine Differenzierung der Vergütungsbeträge nach Absatz 1 nach Kostenträgern ist nicht zulässig. Die nach Absatz 1 vereinbarten Vergütungsbeträge sind für den Hersteller und gegenüber den Pflegebedürftigen bindend.

(5) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über den Antrag des Herstellers innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Antragsunterlagen durch Bescheid; in begründeten Einzelfällen kann die Frist um bis zu weitere drei Monate verlängert werden. Legt der Hersteller unvollständige Antragsunterlagen vor, fordert ihn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf, den Antrag innerhalb von einer Frist von drei Monaten zu ergänzen. Liegen nach Ablauf der Frist keine vollständigen Antragsunterlagen vor, ist der Antrag abzulehnen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte berät die Hersteller digitaler Pflegeanwendungen zu den Antrags- und Anzeigeverfahren sowie zu den Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Pflegeanwendung nach den §§ 40a und 40b zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht werden kann. Im Übrigen gilt § 139e Absatz 6 bis 8 des Fünften Buches entsprechend. In seiner Entscheidung stellt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte fest, welche ergänzenden Unterstützungsleistungen für die Nutzung der digitalen Pflegeanwendung erforderlich sind, und informiert die Vertragsparteien nach § 75 Absatz 1, die an Rahmenverträgen über ambulante Pflege beteiligt sind, zeitgleich mit der Aufnahme der digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3 hierüber. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte informiert unverzüglich den Spitzenverband Bund der Pflegekassen über die Aufnahme einer digitalen Pflegeanwendung in das Verzeichnis nach Absatz 3. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert unverzüglich das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte über den nach Absatz 1 vereinbarten Vergütungsbetrag.

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln zu

1. den Inhalten des Verzeichnisses, dessen Veröffentlichung, der Interoperabilität des elektronischen Verzeichnisses mit elektronischen Transparenzportalen Dritter und der Nutzung der Inhalte des Verzeichnisses durch Dritte,

2. den Anforderungen an die Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität einschließlich der Anforderungen an die Interoperabilität, der Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit und dem pflegerischen Nutzen,
3. den anzeigepflichtigen Veränderungen der digitalen Pflegeanwendung einschließlich deren Dokumentation,
4. den Einzelheiten des Antrags- und Anzeigeverfahrens sowie des Formularwesens beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte,
5. dem Schiedsverfahren nach Absatz 1 Satz 3, insbesondere der Bestellung der Mitglieder der Schiedsstelle nach Absatz 1 Satz 3, der Erstattung der baren Auslagen und der Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle nach Absatz 1 Satz 3, dem Verfahren, dem Teilnahmerecht des Bundesministeriums für Gesundheit, sowie der Vertreter der Organisationen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegebedürftigen maßgeblich sind, an den Sitzungen der Schiedsstelle nach Absatz 1 Satz 3 sowie der Verteilung der Kosten,
6. den Gebühren und Gebührensätzen für die von den Herstellern zu tragenden Kosten und Auslagen.

(7) Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik legt im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und im Benehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit erstmals bis zum 31. Dezember 2021 und dann in der Regel jährlich die von digitalen Pflegeanwendungen nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 zu gewährleistenden Anforderungen an die Datensicherheit fest. § 139e Absatz 10 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(8) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik erstmals bis zum 31. März 2022 und dann in der Regel jährlich die Prüfkriterien für die von Herstellern einer digitalen Pflegeanwendung nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 nachzuweisende Erfüllung der Anforderungen an den Datenschutz fest. § 139e Absatz 11 Satz 2 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(9) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales dem Deutschen Bundestag jährlich, erstmals zum 1. April 2024, einen barrierefreien Bericht vor. Der Bericht enthält Informationen über die Inanspruchnahme der Leistungen nach den §§ 39a und 40a, insbesondere dazu, wie viele Pflegebedürftige der jeweiligen Pflegegrade Leistungen in Anspruch genommen haben und welche Mittel die Pflegekassen dafür verausgabt haben. Hinsichtlich der Leistungen der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, bezieht der Spitzenverband Bund der Pflegekassen den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. mit ein. Das Bundesministerium für Gesundheit kann weitere Inhalte des Berichts in der Verordnung nach Absatz 6 festlegen.¹²⁴

124 QUELLE

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 17 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

26.03.2022.—Artikel 2 Nr. 4 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 23. März 2022 (BGBl. I S. 482) hat in Abs. 1 Satz 3 „für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen auf Bundesebene“ durch „Hersteller von digitalen Pflegeanwendungen“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. a lit. bb und cc desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 1 durch die Sätze 4 und 5 ersetzt. Satz 4 lautete: „Der Hersteller übermittelt dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zur Vorbereitung der Verhandlungen unverzüglich

1. den Nachweis nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 und
2. die Angaben zur Höhe des tatsächlichen Preises bei Abgabe an Selbstzahler und in anderen europäischen Ländern.“

**Vierter Abschnitt
Wirtschaftlichkeitsprüfungen¹²⁵**

§ 79 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen können die Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit der ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflegeleistungen durch von ihnen bestellte Sachverständige prüfen lassen; vor Bestellung der Sachverständigen ist der Träger der Pflegeeinrichtung zu hören. Eine Prüfung ist nur zulässig, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht mehr erfüllt. Die Anhaltspunkte sind der Pflegeeinrichtung rechtzeitig vor der Anhörung mitzuteilen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

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

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

(4) Die Landesverbände der Pflegekassen können eine Abrechnungsprüfung selbst oder durch von ihnen bestellte Sachverständige durchführen lassen, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung fehlerhaft abrechnet. Die Abrechnungsprüfung bezieht sich

1. auf die Abrechnung von Leistungen, die zu Lasten der Pflegeversicherung erbracht oder erstattet werden, sowie
2. auf die Abrechnung der Leistungen für Unterkunft und Verpflegung (§ 87).

Für die Abrechnungsprüfung sind Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie die Absätze 2 und 3 entsprechend anzuwenden.¹²⁶

§ 80¹²⁷

Artikel 2 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 5 lautete: „Auch wenn die digitale Pflegeanwendung einen zusätzlichen pflegerischen Nutzen aufweist oder eine andere Funktionalität beinhaltet, die nicht in das Verzeichnis nach Absatz 3 aufgenommen wurden, darf der Hersteller für zusätzliche Funktionalitäten oder mehrfach zur Nutzung abgegebene digitale Pflegeanwendungen keine höheren als die nach Absatz 1 vereinbarten Vergütungsbeträge verlangen.“

Artikel 2 Nr. 4 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „; in begründeten Einzelfällen kann die Frist um bis zu weitere drei Monate verlängert werden“ am Ende eingefügt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 7 und 8 eingefügt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 29 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat Abs. 4 Satz 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 29 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Satz 1 „1. Februar“ durch „1. April“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 29 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 9 Satz 3 eingefügt.

125 ÄNDERUNGEN

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat in der Überschrift „und Qualitätssicherung“ am Ende gestrichen.

126 ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 45 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Bestehen Anhaltspunkte dafür, daß eine Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 nicht oder nicht mehr erfüllt, sind die Landesverbände zur Einleitung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung verpflichtet.“

Artikel 1 Nr. 45 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 3 und 4 eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 17 lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Wirtschaftlichkeitsprüfungen“.

Artikel 1 Nr. 17 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 4 eingefügt.

127 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.

01.07.2001.—Artikel 10 Nr. 19 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. 8 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 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat die Vorschrift umfassend geändert. Die Vorschrift lautete:

„§ 80 Qualitätssicherung

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

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

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

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

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

AUFHEBUNG

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 46 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 80 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

(1) Die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie unabhängiger Sach-

§ 80a¹²⁸

verständiger Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist. Sie arbeiten dabei mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Verbänden der Behinderten und der Pflegebedürftigen eng zusammen. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen; sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(2) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 können von jeder Partei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums oder der Kündigungsfrist gilt die Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter.

(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 innerhalb von zwölf Monaten ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, kann ihr Inhalt durch Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt werden.“

128 QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 9 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) in der Fassung des Artikels 4 Nr. 1 des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 47 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 80a Leistungs- und Qualitätsvereinbarung mit Pflegeheimen

(1) Bei teil- oder vollstationärer Pflege setzt der Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung nach dem Achten Kapitel ab dem 1. Januar 2004 den Nachweis einer wirksamen Leistungs- und Qualitätsvereinbarung durch den Träger des zugelassenen Pflegeheims voraus; für Pflegeeinrichtungen, die erstmals ab dem 1. Januar 2002 zur teil- oder vollstationären Pflege nach § 72 zugelassen werden, gilt dies bereits für den Abschluss der ersten und jeder weiteren Pflegesatzvereinbarung vor dem 1. Januar 2004. Parteien der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung sind die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2.

(2) In der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale festzulegen. Dazu gehören insbesondere:

1. die Struktur und die voraussichtliche Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises, gegliedert nach Pflegestufen, besonderem Bedarf an Grundpflege, medizinischer Behandlungspflege oder sozialer Betreuung,
2. Art und Inhalt der Leistungen, die von dem Pflegeheim während des nächsten Pflegesatzzeitraums oder der nächsten Pflegesatzzeiträume (§ 85 Abs. 3) erwartet werden, sowie
3. die personelle und sächliche Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Qualifikation der Mitarbeiter.

Die Festlegungen nach Satz 2 sind für die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 und für die Schiedsstelle als Bemessungsgrundlage für die Pflegesätze und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach dem Achten Kapitel unmittelbar verbindlich.

(3) Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung ist in der Regel zusammen mit der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 abzuschließen; sie kann auf Verlangen einer Pflegesatzpartei auch zeitlich unabhängig von der Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen werden. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 innerhalb von sechs Wochen ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Vertragsverhandlungen aufgefordert hat, entscheidet die Schiedsstelle nach § 76 auf Antrag einer Vertragspartei über die Punkte, über die keine Einigung erzielt werden konnte. § 73 Abs. 2 sowie § 85 Abs. 3 Satz 2 bis 4 gelten entsprechend.

(4) Der Träger des Pflegeheims ist verpflichtet, mit dem in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung als notwendig anerkannten Personal die Versorgung der Heimbewohner jederzeit sicherzustellen. Er hat bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Heimbewohner nicht beeinträchtigt wird. Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen in den Belegungs- oder Leistungsstrukturen des Pflegeheims kann jede Vereinbarungspartei eine Neuverhandlung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung verlangen. § 85 Abs. 7 gilt entsprechend.

§ 81 Verfahrensregelungen

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52) erfüllen die ihnen nach dem Siebten und Achten Kapitel zugewiesenen Aufgaben gemeinsam. Kommt eine Einigung ganz oder teilweise nicht zustande, erfolgt die Beschlussfassung durch die Mehrheit der in § 52 Abs. 1 Satz 1 genannten Stellen mit der Maßgabe, dass die Beschlüsse durch drei Vertreter der Ortskrankenkassen und durch zwei Vertreter der Ersatzkassen sowie durch je einen Vertreter der weiteren Stellen gefasst werden.

(2) Bei Entscheidungen, die von den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe oder den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe gemeinsam zu treffen sind, werden die Arbeitsgemeinschaften oder die überörtlichen Träger mit zwei Vertretern an der Beschlussfassung nach Absatz 1 Satz 2 beteiligt. Kommt bei zwei Beschlussfassungen nacheinander eine Einigung mit den Vertretern der Träger der Sozialhilfe nicht zustande, kann jeder Beteiligte nach Satz 1 die Entscheidung des Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle nach § 76 verlangen. Sie entscheiden für alle Beteiligten verbindlich über die streitbefangenen Punkte unter Ausschluss des Rechtswegs. Die Kosten des Verfahrens nach Satz 2 und das Honorar des Vorsitzenden sind von allen Beteiligten anteilig zu tragen.

(3) Bei Entscheidungen nach dem Siebten Kapitel, die der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit den Vertretern der Träger der Sozialhilfe gemeinsam zu treffen hat, stehen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen in entsprechender Anwendung von Absatz 2 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 1 Satz 2 neun und den Vertretern der Träger der Sozialhilfe zwei Stimmen zu. Absatz 2 Satz 2 bis 4 gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass bei Nichteinigung ein Schiedsstellenvorsitzender zur Entscheidung von den Beteiligten einvernehmlich auszuwählen ist.¹²⁹

(5) Auf Verlangen einer Vertragspartei nach Absatz 1 Satz 2 hat der Träger einer Einrichtung in einem Personalabgleich nachzuweisen, dass seine Einrichtung das nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 als notwendig anerkannte und vereinbarte Personal auch tatsächlich bereitstellt und bestimmungsgemäß einsetzt.“

129 ÄNDERUNGEN

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat Satz 3 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Bei Entscheidungen, die von den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger oder den überörtlichen Sozialhilfeträgern gemeinsam zu treffen sind, werden die Arbeitsgemeinschaften oder die überörtlichen Träger mit zwei Vertretern an der Beschlußfassung nach Satz 1 in Verbindung mit § 213 Abs. 2 des Fünften Buches beteiligt.“

Artikel 1 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 durch Abs. 2 und 3 ersetzt. Abs. 2 lautete:

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

01.01.2005.—Artikel 10 Nr. 8 lit. a des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) hat in Abs. 2 Satz 1 „Sozialhilfeträger“ durch „Träger der Sozialhilfe“ und „Sozialhilfeträgern“ durch „Trägern der Sozialhilfe“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 8 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „Sozialhilfeträger“ durch „Träger der Sozialhilfe“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 8 Nr. 36 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Satz 2 „gilt § 213 Abs. 2 des Fünften Buches entsprechend“ durch „erfolgt die Beschlussfassung durch die Mehrheit der in § 52 Abs. 1 Satz 1 genannten Stellen mit der Maßgabe, dass die Beschlüsse durch drei Vertreter der Ortskrankenkassen einschließlich der See-Krankenkasse und durch zwei Vertreter der Ersatzkassen sowie durch je einen Vertreter der weiteren Stellen gefasst werden“ ersetzt.

Artikel 8 Nr. 36 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „in Verbindung mit § 213 Abs. 2 des Fünften Buches“ durch „Satz 2“ ersetzt.

Artikel 8 Nr. 36 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für die den Spitzenverbänden der Pflegekassen (§ 53) nach dem Siebten Kapitel zugewiesenen Aufgaben entsprechend mit der Maßgabe, dass bei Nichteinigung ein Schiedsstellenvorsitzender zur Entscheidung von den Beteiligten einvernehmlich auszuwählen ist.“

Achtes Kapitel Pflegevergütung

Erster Abschnitt Allgemeine Vorschriften

§ 82 Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

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

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

Die Pflegevergütung ist von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen. Sie umfasst auch die Betreuung und, soweit bei stationärer Pflege kein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches besteht, die medizinische Behandlungspflege. Für Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Pflege hat der Pflegebedürftige selbst aufzukommen.

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

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

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

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

(5) Öffentliche Zuschüsse oder andere Unterstützungsmaßnahmen zu den laufenden Aufwendungen einer Pflegeeinrichtung (Betriebskostenzuschüsse), die aus öffentlichen Mitteln finanziert werden, sind von der Pflegevergütung und den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung abzuziehen, um Doppelfinanzierungen auszuschließen. Bei deren prospektiven Bemessung und Vereinba-

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 31 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 1 Satz 2 „einschließlich der See-Krankenkasse“ nach „Ortskrankenkassen“ gestrichen.

rung sind Betriebskostenzuschüsse im Sinne des Satzes 1 zu berücksichtigen. Entsprechendes gilt für bereits vereinbarte Pflegevergütungen und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung für die Dauer der Bezuschussung; die Vertragsparteien haben dazu eine Ergänzungsvereinbarung abzuschließen. § 115 Absatz 3 Satz 3 bis 6 findet entsprechend Anwendung. Die Pflegeeinrichtungen haben eine Pflegekasse als Partei der Pflegevergütungsvereinbarung unaufgefordert über Betriebskostenzuschüsse in Kenntnis zu setzen.¹³⁰

§ 82a Ausbildungsvergütung

(1) Die Ausbildungsvergütung im Sinne dieser Vorschrift umfasst die Vergütung, die aufgrund von Rechtsvorschriften, Tarifverträgen, entsprechenden allgemeinen Vergütungsregelungen oder aufgrund vertraglicher Vereinbarungen an Personen, die nach Bundesrecht in der Altenpflege oder nach Landesrecht in der Altenpflegehilfe ausgebildet werden, während der Dauer ihrer praktischen oder theoretischen Ausbildung zu zahlen ist, sowie die nach § 17 Abs. 1a des Altenpflegegesetzes zu erstattenden Weiterbildungskosten.

(2) Soweit eine nach diesem Gesetz zugelassene Pflegeeinrichtung nach Bundesrecht zur Ausbildung in der Altenpflege oder nach Landesrecht zur Ausbildung in der Altenpflegehilfe berechtigt oder verpflichtet ist, ist die Ausbildungsvergütung der Personen, die aufgrund eines entsprechenden Ausbildungsvertrages mit der Einrichtung oder ihrem Träger zum Zwecke der Ausbildung in der Einrichtung tätig sind, während der Dauer des Ausbildungsverhältnisses in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 1, § 89) berücksichtigungsfähig. Betreut die Einrichtung auch Personen, die nicht pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind, so ist in der Pflegevergütung nach Satz 1 nur der Anteil an der Gesamtsumme der Ausbildungsvergütungen berücksichtigungsfähig, der bei einer gleichmäßigen Verteilung der Gesamtsumme auf alle betreuten Personen auf die

130 ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 29 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die Pflegevergütung ist von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen.“

01.09.2001.—Artikel 7 Abs. 40 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1149) hat in Abs. 2 Nr. 3 und Abs. 3 Satz 1 jeweils „Miete, Pacht“ durch „Miet- und Pachtverhältnisse über“ ersetzt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 10a des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat in Abs. 2 Nr. 3 und Abs. 3 Satz 1 jeweils „Miet- und Pachtverhältnisse über“ durch „Miete, Pacht“ ersetzt.

01.04.2007.—Artikel 8 Nr. 37 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Satz 2 in Abs. 1 durch die Sätze 2 und 3 ersetzt. Satz 2 lautete: „Die Pflegevergütung umfaßt bei stationärer Pflege auch die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung; sie ist von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen.“

28.12.2012.—Artikel 2 Nr. 3 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 20. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 2 Nr. 1 „einschließlich Kapitalkosten“ nach „Maßnahmen“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 3 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 3 „Erbbauzins,“ nach „Pacht,“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 3 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Erbbauzins,“ nach „Pacht,“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 3 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „einschließlich der Berücksichtigung pauschalierter Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen sowie der zugrunde zu legenden Belegungsquote“ nach „Pflegebedürftigen“ eingefügt.

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

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 35 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Satz 3 in Abs. 1 neu gefasst. „Satz 3 lautete: „Sie umfasst bei stationärer Pflege auch die soziale Betreuung und, soweit kein Anspruch auf Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches besteht, die medizinische Behandlungspflege.“

29.10.2020.—Artikel 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat in Abs. 1 Satz 3 „Krankenpflege nach § 37“ durch „außerklinische Intensivpflege nach § 37c“ ersetzt.

24.12.2022.—Artikel 5 Nr. 2 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2560) hat Abs. 5 neu gefasst. Abs. 5 lautete:

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

Pflegebedürftigen im Sinne dieses Buches entfällt. Soweit die Ausbildungsvergütung im Pflegesatz eines zugelassenen Pflegeheimes zu berücksichtigen ist, ist der Anteil, der auf die Pflegebedürftigen im Sinne dieses Buches entfällt, gleichmäßig auf alle pflegebedürftigen Heimbewohner zu verteilen. Satz 1 gilt nicht, soweit

1. die Ausbildungsvergütung oder eine entsprechende Vergütung nach anderen Vorschriften aufgebracht wird oder
2. die Ausbildungsvergütung durch ein landesrechtliches Umlageverfahren nach Absatz 3 finanziert wird.

Die Ausbildungsvergütung ist in der Vergütungsvereinbarung über die allgemeinen Pflegeleistungen gesondert auszuweisen; die §§ 84 bis 86 und 89 gelten entsprechend.

(3) Wird die Ausbildungsvergütung ganz oder teilweise durch ein landesrechtliches Umlageverfahren finanziert, so ist die Umlage in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen nur insoweit berücksichtigungsfähig, als sie auf der Grundlage nachfolgender Berechnungsgrundsätze ermittelt wird:

1. Die Kosten der Ausbildungsvergütung werden nach einheitlichen Grundsätzen gleichmäßig auf alle zugelassenen ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen und die Altenheime im Land verteilt. Bei der Bemessung und Verteilung der Umlage ist sicherzustellen, daß der Verteilungsmaßstab nicht einseitig zu Lasten der zugelassenen Pflegeeinrichtungen gewichtet ist. Im übrigen gilt Absatz 2 Satz 2 und 3 entsprechend.
2. Die Gesamthöhe der Umlage darf den voraussichtlichen Mittelbedarf zur Finanzierung eines angemessenen Angebots an Ausbildungsplätzen nicht überschreiten.
3. Aufwendungen für die Vorhaltung, Instandsetzung oder Instandhaltung von Ausbildungsstätten (§§ 9, 82 Abs. 2 bis 4), für deren laufende Betriebskosten (Personal- und Sachkosten) sowie für die Verwaltungskosten der nach Landesrecht für das Umlageverfahren zuständigen Stelle bleiben unberücksichtigt.

(4) Die Höhe der Umlage nach Absatz 3 sowie ihre Berechnungsfaktoren sind von der dafür nach Landesrecht zuständigen Stelle den Landesverbänden der Pflegekassen rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen mitzuteilen. Es genügt die Mitteilung an einen Landesverband; dieser leitet die Mitteilung unverzüglich an die übrigen Landesverbände und an die zuständigen Träger der Sozialhilfe weiter. Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen den nach Satz 1 Beteiligten über die ordnungsgemäße Bemessung und die Höhe des von den zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu zahlenden Anteils an der Umlage entscheidet die Schiedsstelle nach § 76 unter Ausschluß des Rechtsweges. Die Entscheidung ist für alle Beteiligten nach Satz 1 sowie für die Parteien der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel verbindlich; § 85 Abs. 5 Satz 1 und 2, erster Halbsatz, sowie Abs. 6 gilt entsprechend.¹³¹

131 QUELLE

01.01.1998.—Artikel 1 des Gesetzes vom 29. Mai 1998 (BGBl. I S. 1188) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2006.—Artikel 3b des Gesetzes vom 8. Juni 2005 (BGBl. I S. 1530) hat in Abs. 1 „Vorschrift ist“ durch „Vorschrift umfasst“ ersetzt sowie „Die“ am Anfang und „ ,“ sowie die nach § 17 Abs. 1a des Altenpflegegesetzes zu erstattenden Weiterbildungskosten“ am Ende eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 48 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 1 „Bundes- oder Landesrecht in der Altenpflege oder“ durch „Bundesrecht in der Altenpflege oder nach Landesrecht in der“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 48 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Bundes- oder Landesrecht zur Ausbildung in der Altenpflege oder“ durch „Bundesrecht zur Ausbildung in der Altenpflege oder nach Landesrecht zur Ausbildung in der“ ersetzt.

01.01.2025.—Artikel 4 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) hat in Abs. 1 „nach Bundesrecht in der Altenpflege oder“ nach „Personen, die“ und „ ,“ sowie die nach § 17 Abs. 1a des Altenpflegegesetzes zu erstattenden Weiterbildungskosten“ am Ende gestrichen.

§ 82b Ehrenamtliche Unterstützung

- (1) Soweit und solange einer nach diesem Gesetz zugelassenen Pflegeeinrichtung, insbesondere
1. für die vorbereitende und begleitende Schulung,
 2. für die Planung und Organisation des Einsatzes oder
 3. für den Ersatz des angemessenen Aufwands

der Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie der ehrenamtlichen und sonstigen zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und Organisationen, für von der Pflegeversicherung versorgte Leistungsempfänger nicht anderweitig gedeckte Aufwendungen entstehen, sind diese bei stationären Pflegeeinrichtungen in den Pflegesätzen (§ 84 Abs. 1) und bei ambulanten Pflegeeinrichtungen in den Vergütungen (§ 89) berücksichtigungsfähig. Die Aufwendungen können in der Vergütungsvereinbarung über die allgemeinen Pflegeleistungen gesondert ausgewiesen werden.

(2) Stationäre Pflegeeinrichtungen können für ehrenamtliche Unterstützung als ergänzendes Engagement bei allgemeinen Pflegeleistungen Aufwandsentschädigungen zahlen. Absatz 1 gilt entsprechend.¹³²

§ 82c Wirtschaftlichkeit von Personalaufwendungen

(1) Ab dem 1. September 2022 kann bei tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen eine Bezahlung von Gehältern der Beschäftigten bis zur Höhe der aus dieser Bindung resultierenden Vorgaben nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

(2) Bei Pflegeeinrichtungen, die nicht unter Absatz 1 fallen, kann ab dem 1. September 2022 die Zahlung von Entlohnungsbestandteilen nach § 72 Absatz 3b Satz 2 Nummer 1 bis 5 für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, soweit diese insgesamt das regional übliche Entlohnungsniveau in der Region, in der die jeweilige Einrichtung betrieben wird, um nicht mehr als 10 Prozent übersteigt. Die Landesverbände der Pflegekassen ermitteln auf Grundlage der nach § 72 Absatz 3e Satz 1 mitgeteilten Angaben

1. das regional übliche Entlohnungsniveau,
2. die regional üblichen Entlohnungsniveaus für die drei in Satz 4 genannten Qualifikationsgruppen sowie
3. die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge.

Das regional übliche Entlohnungsniveau im Sinne von Satz 2 Nummer 1 ist der Durchschnitt der Entlohnungsbestandteile nach § 72 Absatz 3b Satz 2 Nummer 1 bis 5, die die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, in der jeweiligen Region nach den jeweils angewendeten Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erhalten. Die regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Satz 2 Nummer 2 sind der jeweilige Durchschnitt der Entlohnungsbestandteile nach § 72 Absatz 3b Satz 2

Artikel 4 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „nach Bundesrecht zur Ausbildung in der Altenpflege oder“ nach „Pflegeeinrichtung“ gestrichen.

Artikel 4 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Nr. 2 „ ; bei der Prüfung der Angemessenheit des Angebots an Ausbildungsplätzen ist zu berücksichtigen, dass eine abgeschlossene landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe b des Pflegeberufgesetzes den Zugang zur Ausbildung nach dem Pflegeberufgesetz ermöglicht und nach § 12 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes auch zu einer Anrechnung und Verkürzung der Ausbildung führen kann“ am Ende eingefügt.

132 QUELLE

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 49 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 32 lit. b des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat Abs. 2 eingefügt.

Nummer 1 bis 5, die die in Satz 3 genannten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, getrennt nach den folgenden drei Qualifikationsgruppen nach den in der jeweiligen Region angewendeten Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erhalten:

1. Pflege- und Betreuungskräfte ohne mindestens einjährige Berufsausbildung,
2. Pflege- und Betreuungskräfte mit mindestens einjähriger Berufsausbildung,
3. Fachkräfte in den Bereichen Pflege und Betreuung mit mindestens dreijähriger Berufsausbildung.

Die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge im Sinne von Satz 2 Nummer 3 sind jeweils der Durchschnitt der drei in § 72 Absatz 3b Satz 4 genannten pflegetypischen Zuschläge, die die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung erbringen, in der jeweiligen Region nach den jeweils angewendeten Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erhalten.

(2a) Bei Pflegeeinrichtungen, die ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1, Nummer 2 oder Nummer 3 entlohnen, kann eine Bezahlung von Gehältern der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, bis zur Höhe des Tarifvertrags nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 3 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Ist für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, ein anderer Tarifvertrag oder eine andere kirchliche Arbeitsrechtsregelung als nach Satz 1 zeitlich, räumlich, fachlich oder persönlich anwendbar, so können ihre Gehälter bis zur Höhe der in diesem Tarifvertrag oder dieser kirchlichen Arbeitsrechtsregelung vereinbarten Gehälter nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Bei Pflegeeinrichtungen, die ihre Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nach § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 entlohnen, gelten hinsichtlich der Bezahlung von Gehältern der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die keine Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, die allgemeinen Bemessungsgrundsätze nach den §§ 84 und 89.

(2b) Für Entgelte für Personal, das Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen ohne direktes Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Pflegeeinrichtung erbringt, insbesondere für Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes sowie für Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer, die im Rahmen eines Werk- oder Dienstleistungsvertrags eingesetzt werden, gelten die Regelungen nach den Absätzen 1 und 2 für Beschäftigte, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen mit direktem Arbeitsverhältnis mit der zugelassenen Pflegeeinrichtung erbringen, entsprechend. Die Zahlung von Vermittlungsentgelten kann nicht als wirtschaftlich anerkannt werden.

(3) Für eine über die Höhe der Bezahlung von Gehältern nach Absatz 1 hinausgehende Bezahlung der Beschäftigten durch die in Absatz 1 genannten Pflegeeinrichtungen bedarf es eines sachlichen Grundes. Soweit im Fall von Absatz 2 Satz 1 das regional übliche Entlohnungsniveau um mehr als 10 Prozent überstiegen wird, bedarf es eines sachlichen Grundes. Für eine über die Höhe der Bezahlung von Gehältern nach Absatz 2a hinausgehende Bezahlung der Beschäftigten durch die in Absatz 2 genannten Pflegeeinrichtungen bedarf es eines sachlichen Grundes. Entsprechendes gilt für die Zahlung von Entgelten für Personal im Sinne von Absatz 2b Satz 1. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben, erstmals bis zum 31. Dezember 2023, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe gemeinsame Empfehlungen zu sachlichen Gründen nach Satz 4 ab. § 113c Absatz 4 Satz 2 bis 8 gelten entsprechend.

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt bis zum Ablauf des 30. September 2021 in Richtlinien das Nähere zum Verfahren nach den Absätzen 1 bis 3 und 5 fest. Er hat dabei die Bun-

desarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen. Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales genehmigt. § 72 Absatz 3c Satz 6 und 7 gilt entsprechend.

(5) Zur Information der Pflegeeinrichtungen veröffentlicht jeder Landesverband der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. im Land und der Träger der Sozialhilfe auf Landesebene jährlich unverzüglich, jedoch spätestens bis zum 31. Oktober des Jahres, für das jeweilige Land

1. eine Liste der Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die eine Entlohnung vorsehen, die nach Absatz 2 Satz 1 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann,
2. alle weiteren Informationen, die erforderlich sind, um überprüfen zu können,
 - a) ob eine Pflegeeinrichtung die Voraussetzungen nach § 72 Absatz 3a oder Absatz 3b erfüllt und
 - b) ob bei einer Pflegeeinrichtung die Entlohnung nach Absatz 2 Satz 1 nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.

Die Liste und die Informationen sind einmal monatlich zu aktualisieren. Zu jedem in der Liste genannten Tarifvertrag und zu jeder der in der Liste genannten kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen sind, soweit diese Angaben dem jeweiligen Landesverband der Pflegekassen vorliegen, mindestens folgende Angaben zu veröffentlichen:

1. Laufzeit des Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen oder Datum, zu dem frühestens eine Kündigung erfolgen kann,
2. Angabe, ob eine Kündigung oder anderweitige Beendigung des Tarifvertrags oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen erfolgt ist,
3. Angabe, zu welchem Zeitpunkt die Kündigung oder anderweitige Beendigung wirksam wird,
4. Angabe, ob eine Änderung der Entlohnung nach § 72 Absatz 3b Satz 2 für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, erfolgt ist und wenn ja, zu welchem Datum diese wirksam wird.

Zu den erforderlichen Informationen nach Satz 1 Nummer 2 gehören insbesondere auch

1. das regional übliche Entlohnungsniveau im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 1,
2. die regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie
3. die regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 3.

Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die nach § 72 Absatz 3e Satz 2 und 3 übermittelten Fassungen der Tarifverträge und der kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen den Pflegeeinrichtungen auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden, soweit nicht zwingende betriebliche Gründe dagegensprechen.

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet bis zum 31. Dezember 2022 eine Geschäftsstelle ein. Jeder Landesverband der Pflegekassen kann die Geschäftsstelle beauftragen, ihn bei der Erfüllung der folgenden Aufgaben zu unterstützen oder die folgenden Aufgaben in seinem Auftrag für ihn durchzuführen:

1. Entgegennahme, Erfassung und Prüfung der nach § 72 Absatz 3e mitgeteilten Angaben oder Änderungen sowie der übermittelten Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen,
2. Zurverfügungstellung der übermittelten Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nach Absatz 5 Satz 5,
3. Ermittlung
 - a) des regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 1,
 - b) der regional üblichen Entlohnungsniveaus im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 sowie
 - c) der regional üblichen Niveaus der pflegetypischen Zuschläge im Sinne von Absatz 2 Satz 2 Nummer 3,
4. Zusammenstellung der nach Absatz 5 zu veröffentlichenden Listen und Informationen sowie Veröffentlichung dieser Listen und Informationen.

Darüber hinaus soll die Geschäftsstelle die Landesverbände der Pflegekassen zu den in Satz 2 genannten Aufgaben fachlich beraten. Soweit ein Landesverband der Pflegekassen die Geschäftsstelle mit der Unterstützung bei den oder der Durchführung von den in Satz 2 genannten Aufgaben beauftragt, stellt er der Geschäftsstelle die hierfür erforderlichen Informationen und Unterlagen zur Verfügung, soweit die Erhebung dieser Informationen und Unterlagen nicht bereits Teil der Beauftragung der Geschäftsstelle ist. Die Pflegekassen sowie die Landesverbände der Pflegekassen berichten auf begründete Anforderung des Bundesministeriums für Gesundheit zu den Wirkungen der Regelungen der Absätze 1 bis 3 sowie des § 72 Absatz 3a bis 3e. Soweit ein Landesverband der Pflegekassen die Geschäftsstelle im Sinne von Satz 2 beauftragt hat, obliegt die Berichterstattung der Geschäftsstelle. Für die Berichterstattung nach den Sätzen 5 und 6 haben die Landesverbände der Pflegekassen oder die Geschäftsstelle auf Anforderung des Bundesministeriums für Gesundheit die von den Pflegekassen und Landesverbänden der Pflegekassen erhobenen oder erhaltenen nicht personenbezogenen Daten aufzubereiten und auszuwerten. Für die Evaluation nach § 72 Absatz 3f gelten die Sätze 5 bis 7 entsprechend. Soweit es erforderlich ist, können auch Informationen angefordert werden, die Betriebs- oder Geschäftsgeheimnisse enthalten. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt mit der Anforderung die Art, den Umfang und die Art der Aufbereitung und Auswertung der angeforderten Informationen.¹³³

133 QUELLE

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 25 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

30.06.2022.—Artikel 2 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) hat Abs. 2 und 3 neu gefasst. Abs. 2 und 3 lauteten:

„(2) Bei Pflegeeinrichtungen, die nicht unter Absatz 1 fallen, kann ab dem 1. September 2022 eine Entlohnung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden, soweit die Höhe ihrer Entlohnung nach dem Tarifvertrag oder der kirchlichen Arbeitsrechtsregelung, der oder die nach § 72 Absatz 3b für ihre Entlohnung maßgebend ist, das regional übliche Entgeltniveau nicht deutlich überschreitet. Eine deutliche Überschreitung des regional üblichen Entgeltniveaus liegt dann vor, wenn die Entlohnung nach Satz 1 die durchschnittliche Entlohnung für solche Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Tarifverträgen und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die in der Region, in der die Einrichtung betrieben wird, von Pflegeeinrichtungen nach Absatz 1 angewendet werden, um mehr als 10 Prozent übersteigt.

(3) Für eine über die Höhe der Bezahlung von Gehältern nach Absatz 1 oder die Höhe der Entlohnung nach Absatz 2 hinausgehende Bezahlung der Beschäftigten bedarf es eines sachlichen Grundes.“

Artikel 2 Nr. 3 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales“ nach „sie“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 3 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 4 „Satz 3 und 4“ durch „Satz 6 und 7“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 3 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5 durch Abs. 5 und 6 ersetzt. Abs. 5 lautete:

„(5) Zur Information der Pflegeeinrichtungen sollen die Landesverbände der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Land und der Träger der Sozialhilfe auf Landesebene unverzüglich nach Genehmigung der Richtlinien nach Absatz 4, spätestens innerhalb eines Monats, für das jeweilige Land eine Übersicht veröffentlichen, welche Tarifverträge und kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen eine Entlohnung nach Maßgabe von Absatz 2 vorsehen.“

01.01.2023.—Artikel 2d Nr. 2 des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) hat in Abs. 5 Satz 1 „30. November“ durch „31. Oktober“ ersetzt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 30 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat Abs. 2a und 2b eingefügt.

Artikel 1 Nr. 30 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 3 bis 6 eingefügt.

16.12.2023.—Artikel 8r des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. I Nr. 359) hat Abs. 6 Satz 5 bis 10 eingefügt.

§ 83 Verordnung zur Regelung der Pflegevergütung

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

1. die Pflegevergütung der Pflegeeinrichtungen einschließlich der Verfahrensregelungen zu ihrer Vereinbarung nach diesem Kapitel,
2. den Inhalt der Pflegeleistungen sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4), den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) und den Zusatzleistungen (§ 88),
3. die Rechnungs- und Buchführungsvorschriften der Pflegeeinrichtungen einschließlich einer Kosten- und Leistungsrechnung; bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die neben den Leistungen nach diesem Buch auch andere Sozialleistungen im Sinne des Ersten Buches (gemischte Einrichtung) erbringen, kann der Anwendungsbereich der Verordnung auf den Gesamtbetrieb erstreckt werden,
4. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag (§ 72 Abs. 1) orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,
5. die nähere Abgrenzung der Leistungsaufwendungen nach Nummer 2 von den Investitionsaufwendungen und sonstigen Aufwendungen nach § 82 Abs. 2.

§ 90 bleibt unberührt.

(2) Nach Erlass der Rechtsverordnung sind Rahmenverträge und Schiedsstellenregelungen nach § 75 zu den von der Verordnung erfassten Regelungsbereichen nicht mehr zulässig.¹³⁴

Zweiter Abschnitt Vergütung der stationären Pflegeleistungen

§ 84 Bemessungsgrundsätze

(1) Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die teil- oder vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheims sowie für die Betreuung und, soweit kein Anspruch auf außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches besteht, für die medizinische Behandlungspflege. In den Pflegesätzen dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen.

(2) Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, entsprechend den fünf Pflegegraden einzuteilen. Davon ausgehend sind bei vollstationärer Pflege nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln; dieses gilt auch bei Änderungen der Leistungsbeträge. Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. Der Grundsatz der Beitragsstabilität

134 ÄNDERUNGEN

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 11 lit. a des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat Nr. 3 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 3 lautete:

„3. die Rechnungs- und Buchführungsvorschriften der Pflegeeinrichtungen,“

Artikel 1 Nr. 11 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

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

1. ein Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 2 innerhalb der Fristen des § 75 Abs. 3 oder
2. eine Schiedsstellenregelung nach § 75 Abs. 3 innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf dieser Fristen

ganz oder teilweise nicht oder nicht in dem für eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten erforderlichen Umfang zustande kommen. Nach Erlass der Rechtsverordnung sind ein Rahmenvertrag oder eine Schiedsstellenregelung zu den von der Verordnung erfassten Regelungsbereichen nicht mehr zulässig.“

tät ist zu beachten. Bei der Bemessung der Pflegesätze einer Pflegeeinrichtung können die Pflegesätze derjenigen Pflegeeinrichtungen, die nach Art und Größe sowie hinsichtlich der in Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind, angemessen berücksichtigt werden.

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

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

(5) In der Pflegesatzvereinbarung sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale der Einrichtung festzulegen. Hierzu gehören insbesondere

1. die Zuordnung des voraussichtlich zu versorgenden Personenkreises sowie Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die von der Einrichtung während des nächsten Pflegesatzzeitraums erwartet werden,
2. die von der Einrichtung für den voraussichtlich zu versorgenden Personenkreis individuell vorzuhaltende personelle Ausstattung, gegliedert nach Berufsgruppen, sowie
3. Art und Umfang der Ausstattung der Einrichtung mit Verbrauchsgütern (§ 82 Abs. 2 Nr. 1).

(6) Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, mit der vereinbarten personellen Ausstattung die Versorgung der Pflegebedürftigen jederzeit sicherzustellen. Er hat bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Pflegebedürftigen nicht beeinträchtigt wird. Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Träger der Einrichtung in einem Personalabgleich nachzuweisen, dass die vereinbarte Personalausstattung tatsächlich bereitgestellt und bestimmungsgemäß eingesetzt wird. Das Nähere zur Durchführung des Personalabgleichs wird in den Verträgen nach § 75 Abs. 1 und 2 geregelt.

(7) Der Träger der Einrichtung ist ab dem 1. September 2022 verpflichtet, die bei der Vereinbarung der Pflegesätze zugrunde gelegte Bezahlung der Gehälter nach § 82c Absatz 1 oder Absatz 2a und der Entlohnung nach § 82c Absatz 2 jederzeit einzuhalten und auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Richtlinien bis zum 1. Juli 2022 das Nähere zur Durchführung des Nachweises nach Satz 1 fest. Dabei ist die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe zu beteiligen; den Bundesvereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 72 Absatz 3c Satz 5 und 6 gilt entsprechend.

(8) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Leistungen nach § 43b. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen abgegolten. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

(9) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.¹³⁵

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat in Abs. 1 „sowie für medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung“ am Ende eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 8 Nr. 38 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat Abs. 1 neu gefasst. Abs. 1 lautete:

„(1) Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die voll- oder teilstationären Pflegeleistungen des Pflegeheimes sowie für medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung.“

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 50 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 2 Satz 2 „ ; für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind, können Zuschläge zum Pflegesatz der Pflegeklasse 3 bis zur Höhe des kalendertäglichen Unterschiedsbetrages vereinbart werden, der sich aus § 43 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 und 4 ergibt“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 50 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 50 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5 und 6 eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 33 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 2 Satz 4 „seine Aufwendungen zu finanzieren und“ nach „ermöglichen,“ eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 24a lit. a des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat Abs. 2 Satz 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 24a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 7 eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 36 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 1 „soziale“ nach „sowie für die“ gestrichen.

Artikel 2 Nr. 36 lit. b desselben Gesetzes und Artikel 2a Nr. 3 des Gesetzes vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233) haben die Sätze 2 und 3 in Abs. 2 neu gefasst. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, in drei Pflegeklassen einzuteilen; für Pflegebedürftige, die als Härtefall anerkannt sind, können Zuschläge zum Pflegesatz der Pflegeklasse 3 bis zur Höhe des kalendertäglichen Unterschiedsbetrages vereinbart werden, der sich aus § 43 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 und 4 ergibt. Bei der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen sind die Pflegestufen gemäß § 15 zugrunde zu legen, soweit nicht nach der gemeinsamen Beurteilung des Medizinischen Dienstes und der Pflegeleitung des Pflegeheimes die Zuordnung zu einer anderen Pflegeklasse notwendig oder ausreichend ist.“

Artikel 2 Nr. 36 lit. c des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Abs. 8 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 17a lit. a litt. aa des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 2 Satz 4 „unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 17a lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 5 „von Gehältern bis zur Höhe“ nach „Bezahlung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 17a lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 17a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 „der Beschäftigten nach tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechenden“ durch „von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender“ ersetzt.

29.10.2020.—Artikel 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat in Abs. 1 Satz 1 „Krankenpflege nach § 37“ durch „außerklinische Intensivpflege nach § 37c“ ersetzt.

01.01.2021.—Artikel 3 Nr. 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat Abs. 9 eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 26 lit. a und b des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 7 in Abs. 7a unnummeriert und Abs. 7 eingefügt.

01.09.2022.—Artikel 2a Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Sätze 5 und 6 in Abs. 2 aufgehoben. Die Sätze 5 und 6 lauteten: „Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Für eine darüber hinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes.“

Artikel 2a Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 7a aufgehoben. Abs. 7a lautete:

„(7a) Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, im Falle einer Vereinbarung der Pflegesätze auf Grundlage der Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten jederzeit einzuhalten. Auf Verlangen einer Vertragspartei hat der Träger der Einrich-

§ 85 Pflegesatzverfahren

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

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

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger,
2. die für die Bewohner des Pflegeheimes zuständigen Träger der Sozialhilfe sowie
3. die Arbeitsgemeinschaften der unter Nummer 1 und 2 genannten Träger,

soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen jeweils mehr als fünf vom Hundert der Berechnungstage des Pflegeheimes entfallen. Die Pflegesatzvereinbarung ist für jedes zugelassene Pflegeheim gesondert abzuschließen; § 86 Abs. 2 bleibt unberührt. Die Vereinigungen der Pflegeheime im Land, die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. im Land können sich am Pflegesatzverfahren beteiligen.

(3) Die Pflegesatzvereinbarung ist im voraus, vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode des Pflegeheimes, für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) zu treffen. Das Pflegeheim hat Art, Inhalt, Umfang und Kosten der Leistungen, für die es eine Vergütung beansprucht, durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Nachweise rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen darzulegen; es hat außerdem die schriftliche Stellungnahme der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehenen Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner beizufügen. Soweit dies zur Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall erforderlich ist, hat das Pflegeheim auf Verlangen einer Vertragspartei zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Hierzu gehören auch pflegesatzerhebliche Angaben zum Jahresabschluß entsprechend den Grundsätzen ordnungsgemäßer Pflegebuchführung, zur personellen und sachlichen Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Kosten sowie zur tatsächlichen Stellenbesetzung und Eingruppierung. Dabei sind insbesondere die in der Pflegesatzverhandlung geltend gemachten, voraussichtlichen Personalkosten einschließlich entsprechender Erhöhungen im Vergleich zum bisherigen Pflegesatzzeitraum vorzuweisen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

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

(5) Kommt eine Pflegesatzvereinbarung innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 76 auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich, in der Regel binnen drei Monaten, fest. Satz 1 gilt auch, soweit der nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 zuständige Träger der Sozialhilfe der Pflegesatzvereinbarung innerhalb von zwei Wochen nach Vertragsschluß widerspricht; der Träger der Sozialhilfe kann im voraus verlangen, daß an Stelle der gesamten Schiedsstelle nur der Vorsitzende und die beiden weiteren unparteiischen Mitglieder oder nur der Vorsitzende allein entscheiden. Gegen die Festsetzung ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

tung dieses nachzuweisen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Das Nähere zur Durchführung des Nachweises wird in den Verträgen nach § 75 Absatz 1 und 2 geregelt.“

29.12.2022.—Artikel 8a Nr. 3 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat in Abs. 7 Satz 5 „Satz 3 und 4“ durch „Satz 5 und 6“ ersetzt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 31 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 7 Satz 1 „Absatz 2a und“ nach „oder“ eingefügt.

01.01.2026.—Artikel 2 Nr. 26 lit. c des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 9 aufgehoben.

(6) Pflegesatzvereinbarungen sowie Schiedsstellenentscheidungen nach Absatz 5 Satz 1 oder 2 treten zu dem darin unter angemessener Berücksichtigung der Interessen der Pflegeheimbewohner bestimmten Zeitpunkt in Kraft; sie sind für das Pflegeheim sowie für die in dem Heim versorgten Pflegebedürftigen und deren Kostenträger unmittelbar verbindlich. Ein rückwirkendes Inkrafttreten von Pflegesätzen ist nicht zulässig. Nach Ablauf des Pflegesatzzeitraums gelten die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze bis zum Inkrafttreten neuer Pflegesätze weiter.

(7) Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen der Annahmen, die der Vereinbarung oder Festsetzung der Pflegesätze zugrunde lagen, sind die Pflegesätze auf Verlangen einer Vertragspartei für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu verhandeln. Unvorhersehbare wesentliche Veränderungen der Annahmen im Sinne des Satzes 1 liegen insbesondere bei einer erheblichen Abweichung der tatsächlichen Bewohnerstruktur sowie bei einer erheblichen Änderung der Energieaufwendungen vor. Die Absätze 3 bis 6 gelten entsprechend. Abweichend von Satz 3 in Verbindung mit Absatz 5 Satz 1 kann eine Festsetzung der Pflegesätze durch die Schiedsstelle bereits nach einem Monat beantragt werden, die binnen eines Monats erfolgen soll.

(8) Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 8 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die stationäre Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der Pflegebedürftigen über zusätzliches Betreuungspersonal, in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
2. in der Regel für jeden Pflegebedürftigen 5 Prozent der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
3. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige nicht erbracht wird.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind von der stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des stationären Pflegevertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinzuweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot besteht. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

(9) Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 Satz 1 durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die vollstationäre Pflegeeinrichtung über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt,
 - a) das über eine abgeschlossene, landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr verfügt, oder
 - b) das berufsbegleitend eine Ausbildung im Sinne von Buchstabe a begonnen hat oder
 - c) für das die vollstationäre Pflegeeinrichtung sicherstellt, dass es spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach Vereinbarung des Vergütungszuschlages nach § 84 Absatz 9 Satz 1 oder nach der Mitteilung nach Absatz 11 Satz 1 eine berufsbegleitende, landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege beginnen wird, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17.02.2016 B3) erfüllt, es sei denn, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, unmöglich ist,
2. zusätzliche Stellenanteile im Umfang von bis zu 0,016 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 oder 2, 0,025 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3, 0,032 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 und 0,036 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5, mindestens aber 0,5 Vollzeitäquivalenten, für den Pflegesatzzeitraum finanziert werden,

3. notwendige Ausbildungsaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal, das eine Ausbildung im Sinne von Nummer 1 Buchstabe b oder c durchläuft, finanziert werden, soweit diese Aufwendungen nicht von einer anderen Stelle finanziert werden,
4. die Aufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden und
5. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die vollstationäre Pflegeeinrichtung nicht über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt, das über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhaltende Personal hinausgeht.

Bei Pflegehilfskräften, die sich im Sinne von Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b oder c in einer Ausbildung befinden, kann die Differenz zwischen dem Gehalt einer Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung nur berücksichtigt werden, wenn die Pflegehilfskraft beruflich insgesamt ein Jahr tätig war. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

(10) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals zum 30. Juni 2021 und anschließend vierteljährlich über die Zahl des durch den Vergütungszuschlag nach § 84 Absatz 9 Satz 1 finanzierten Pflegehilfskraftpersonals, die Personalstruktur, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für das Vereinbarungsverfahren nach Absatz 9 in Verbindung mit § 84 Absatz 9, für die notwendigen Ausbildungsaufwendungen nach Absatz 9 Satz 1 Nummer 3 sowie für seinen Bericht nach Satz 1 fest. Die Festlegungen nach Satz 2 bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

(11) Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung kann bis zum Abschluss einer Vereinbarung nach § 84 Absatz 9 Satz 1 einen Vergütungszuschlag für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal nach § 84 Absatz 9 Satz 2 berechnen, wenn er vor Beginn der Leistungserbringung durch das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal den nach Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern den von ihm entsprechend Absatz 9 ermittelten Vergütungszuschlag zusammen mit folgenden Angaben mitteilt:

1. die Anzahl der zum Zeitpunkt der Mitteilung versorgten Pflegebedürftigen nach Pflegegraden,
2. die zusätzlichen Stellenanteile, die entsprechend Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 auf der Grundlage der versorgten Pflegebedürftigen nach Pflegegraden nach Nummer 1 berechnet werden,
3. die Qualifikation, die Entlohnung und die weiteren Personalaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal,
4. die mit einer berufsbegleitenden Ausbildung nach Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b und c verbundenen notwendigen, nicht anderweitig finanzierten Aufwendungen und
5. die Erklärung, dass das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal über das Personal hinausgeht, das die vollstationäre Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat.

Für die Mitteilung nach Satz 1 ist ein einheitliches Formular zu verwenden, das der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe bereitstellt. Die nach Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträger können die nach Satz 1 mitgeteilten Angaben beanstanden. Über diese Beanstandungen befinden die Vertragsparteien nach Absatz 2 unverzüglich mit Mehrheit. Die mit dem Vergütungszuschlag nach § 84 Absatz 9 Satz 1 finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der auf diesen Stellen Beschäftigten sind von

dem Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 nachzuweisen.¹³⁶

136 ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 31 lit. a des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

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

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

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

Artikel 1 Nr. 31 lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 2 bis 5 in Abs. 3 durch die Sätze 2 bis 5 ersetzt. Die Sätze 2 bis 4 lauteten: „Das Pflegeheim hat auf Verlangen einer Vertragspartei Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, für die es eine Vergütung beansprucht, durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Leistungsnachweise darzulegen. Hierzu gehören auch Angaben zur personellen und sachlichen Ausstattung des Pflegeheimes, soweit sie zur Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall erforderlich sind. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.“

Artikel 1 Nr. 31 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 31 lit. d desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 6 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Pflegesatzvereinbarungen und Schiedsstellenentscheidungen treten zu dem darin bestimmten Zeitpunkt in Kraft.“

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 12 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat in Abs. 3 Satz 2 „; es hat außerdem die schriftliche Stellungnahme des Heimbeirats oder des Heimfürsprechers nach § 7 Abs. 4 des Heimgesetzes beizufügen“ am Ende eingefügt.

01.01.2005.—Artikel 10 Nr. 9 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) hat in Abs. 5 Satz 2 „der Sozialhilfeträger“ durch „der Träger der Sozialhilfe“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 51 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 „oder von ihnen allein oder gemeinsam gebildete Arbeitsgemeinschaften sowie“ durch ein Komma ersetzt.

Artikel 1 Nr. 51 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Nr. 2 in Abs. 2 Satz 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. der für den Sitz des Pflegeheimes zuständige (örtliche oder überörtliche) Träger der Sozialhilfe,“.

Artikel 1 Nr. 51 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 51 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „des Heimbeirats oder des Heimfürsprechers nach § 7 Abs. 4 des Heimgesetzes“ durch „der nach heimrechtlichen Vorschriften vorgesehene Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 51 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „nach der Pflege-Buchführungsverordnung“ durch „entsprechend den Grundsätzen ordnungsgemäßer Pflegebuchführung“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 51 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „unter angemessener Berücksichtigung der Interessen der Pflegeheimbewohner“ nach „darin“ eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 37 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Abs. 7 neu gefasst. Abs. 7 lautete:

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

Artikel 2 Nr. 37 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 8 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 17b lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat Abs. 3 Satz 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 17b lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „ , in der Regel binnen drei Monaten,“ nach „unverzüglich“ eingefügt.

§ 86 Pflegesatzkommission

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

(2) Für Pflegeheime, die in derselben kreisfreien Gemeinde oder in demselben Landkreis liegen, kann die Pflegesatzkommission mit Zustimmung der betroffenen Pflegeheimträger für die gleichen Leistungen einheitliche Pflegesätze vereinbaren. Die beteiligten Pflegeheime sind befugt, ihre Leistungen unterhalb der nach Satz 1 vereinbarten Pflegesätze anzubieten.

(3) Die Pflegesatzkommission oder die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 können auch Rahmenvereinbarungen abschließen, die insbesondere ihre Rechte und Pflichten, die Vorbereitung, den Beginn und das Verfahren der Pflegesatzverhandlungen sowie Art, Umfang und Zeitpunkt der vom Pflegeheim vorzulegenden Leistungsnachweise und sonstigen Verhandlungsunterlagen näher bestimmen. Satz 1 gilt nicht, soweit für das Pflegeheim verbindliche Regelungen nach § 75 getroffen worden sind.¹³⁷

§ 87 Unterkunft und Verpflegung

Die als Pflegesatzparteien betroffenen Leistungsträger (§ 85 Abs. 2) vereinbaren mit dem Träger des Pflegeheimes die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Entgelte für die Unterkunft und für die Verpflegung jeweils getrennt. Die Entgelte müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. § 84 Abs. 3 und 4 und die §§ 85 und 86 gelten entsprechend; § 88 bleibt unberührt.¹³⁸

§ 87a Berechnung und Zahlung des Heimentgelts

(1) Die Pflegesätze, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten (Gesamtheimentgelt) werden für den Tag der Aufnahme des Pflegebedürftigen in das Pflegeheim sowie für jeden weiteren Tag des Heimaufenthalts berechnet (Berechnungstag). Die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger endet mit dem Tag, an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt. Zieht ein Pflegebedürftiger in ein anderes Heim um, darf nur das aufnehmende Pflegeheim ein Gesamtheimentgelt für den Verlegungstag berechnen. Von den Sätzen 1 bis 3 abweichende Vereinbarungen zwischen dem Pflege-

01.01.2021.—Artikel 3 Nr. 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat Abs. 9 bis 11 eingefügt.

16.11.2022.—Artikel 2 Nr. 1 des Gesetzes vom 9. November 2022 (BGBl. I S. 2018) hat Satz 2 in Abs. 7 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Dies gilt insbesondere bei einer erheblichen Abweichung der tatsächlichen Bewohnerstruktur.“

Artikel 2 Nr. 2 desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 7 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Im Fall von Satz 2 kann eine Festsetzung der Pflegesätze durch die Schiedsstelle abweichend von Satz 3 in Verbindung mit Absatz 5 Satz 1 bereits nach einem Monat beantragt werden.“

01.01.2026.—Artikel 2 Nr. 27 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 9 bis 11 aufgehoben.

137 ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 32 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

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

138 ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 52 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Satz 1 „Unterkunft und Verpflegung“ durch „die Unterkunft und für die Verpflegung jeweils getrennt“ ersetzt.

heim und dem Heimbewohner oder dessen Kostenträger sind nichtig. Der Pflegeplatz ist im Fall vorübergehender Abwesenheit vom Pflegeheim für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für den Pflegebedürftigen freizuhalten. Abweichend hiervon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte. In den Rahmenverträgen nach § 75 sind für die nach den Sätzen 5 und 6 bestimmten Abwesenheitszeiträume, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge von mindestens 25 vom Hundert der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b vorzusehen.

(2) Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass der pflegebedürftige Heimbewohner auf Grund der Entwicklung seines Zustands einem höheren Pflegegrad zuzuordnen ist, so ist er auf schriftliche Aufforderung des Heimträgers verpflichtet, bei seiner Pflegekasse die Zuordnung zu einer höheren Pflegestufe zu beantragen. Die Aufforderung ist zu begründen und auch der Pflegekasse sowie bei Sozialhilfeempfängern dem zuständigen Träger der Sozialhilfe zuzuleiten. Weigert sich der Heimbewohner, den Antrag zu stellen, kann der Heimträger ihm oder seinem Kostenträger ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach der Aufforderung vorläufig den Pflegesatz nach dem nächsthöheren Pflegegrad berechnen. Werden die Voraussetzungen für einen höheren Pflegegrad vom Medizinischen Dienst nicht bestätigt und lehnt die Pflegekasse eine Höherstufung deswegen ab, hat das Pflegeheim dem Pflegebedürftigen den überzahlten Betrag unverzüglich zurückzuzahlen; der Rückzahlungsbetrag ist rückwirkend ab dem in Satz 3 genannten Zeitpunkt mit wenigstens 5 vom Hundert zu verzinsen.

(3) Die dem pflegebedürftigen Heimbewohner nach den §§ 41 bis 43 zustehenden Leistungsbeiträge einschließlich des Leistungszuschlags nach § 43c sind von seiner Pflegekasse mit befreiender Wirkung unmittelbar an das Pflegeheim zu zahlen. Maßgebend für die Höhe des zu zahlenden Leistungsbetrags ist der Leistungsbescheid der Pflegekasse, unabhängig davon, ob der Bescheid bestandskräftig ist oder nicht. Die von den Pflegekassen zu zahlenden Leistungsbeiträge werden bei vollstationärer Pflege (§ 43) zum 15. eines jeden Monats fällig.

(4) Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 2 952 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 ist. Der Betrag wird entsprechend § 30 angepasst. Der von der Pflegekasse gezahlte Betrag ist von der Pflegeeinrichtung zurückzuzahlen, wenn der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten in einen höheren Pflegegrad oder wieder als pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 eingestuft wird.¹³⁹

139 QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 13 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) in der Fassung des Artikels 4 Nr. 2 des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2005.—Artikel 10 Nr. 10 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) hat in Abs. 2 Satz 2 „Sozialhilfeträger“ durch „Träger der Sozialhilfe“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 53 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 1 Satz 5 bis 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 53 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 „bei vollstationärer Pflege (§ 43)“ nach „werden“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 53 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 4 eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat in Abs. 4 Satz 1 „1 536 Euro“ durch „1 597 Euro“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 38 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 2 Satz 1 „einer höheren Pflegestufe“ durch „einem höheren Pflegegrad“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 38 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „der nächsthöheren Pflegeklasse“ durch „dem nächsthöheren Pflegegrad“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 38 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 4 „eine höhere Pflegestufe“ durch „einen höheren Pflegegrad“ ersetzt.

§ 87b¹⁴⁰

Artikel 2 Nr. 38 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 4 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Pflegerichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 1 597 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde.“

Artikel 2 Nr. 38 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 „eine höhere Pflegestufe oder von nicht erheblicher zu erheblicher Pflegebedürftigkeit“ durch „einen höheren Pflegegrad oder wieder als pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15“ ersetzt.

01.01.2022.—Artikel 2 Nr. 28 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 3 Satz 1 „einschließlich des Leistungszuschlags nach § 43c“ nach „Leistungsbeträge“ eingefügt.

140 QUELLE

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 53a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 34 lit. a litt. bb des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 „sozialversicherungspflichtig beschäftigtes“ nach „zusätzliches“ gestrichen und „ , in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung“ nach „Betreuungspersonal“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 „fünfundzwanzigste Teil“ durch „vierundzwanzigste Teil“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „ , ; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „vollstationären“ durch „stationären“ und „vollstationärer“ durch „stationärer“ ersetzt sowie „bis zum 31. August 2008“ nach „Abs. 3“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 34 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „Pflegeheime“ durch „stationären Pflegeeinrichtungen“ ersetzt.

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 34 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 1 Satz 1 „Vollstationäre“ durch „Stationäre“ ersetzt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 26 lit. a des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat in der Überschrift „Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ durch „zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 26 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung“ durch „sowie der Versicherten, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, (anspruchsberechtigten Personen)“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 26 lit. b litt. bb littt. aaa desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 „Heimbewohner“ durch „anspruchsberechtigten Personen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 26 lit. b litt. bb littt. bbb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 „das Pflegeheim durch „die stationäre Pflegeeinrichtung“ und „Heimbewohner“ durch „anspruchsberechtigten Personen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 26 lit. b litt. bb littt. ccc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 „jeden Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung“ durch „jede anspruchsberechtigte Person“ und „vierundzwanzigste“ durch „zwanzigste“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 26 lit. b litt. bb littt. ddd desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 „Heimbewohner“ durch „anspruchsberechtigte Person“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 26 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „Pflegeheimen“ durch „stationären Pflegeeinrichtungen“ und „Pflegebedürftige“ durch „anspruchsberechtigte Personen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 26 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „Heimbewohner“ durch „anspruchsberechtigte Personen“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 26 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „Heimbewohner“ durch „anspruchsberechtigten Personen“ ersetzt.

§ 88 Zusatzleistungen

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

1. besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie

Artikel 1 Nr. 26 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 4 „der Pflegebedürftige“ durch „die anspruchsberechtigte Person“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 26 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „der stationären Versorgung der Pflegebedürftigen“ durch „stationären Pflegeeinrichtungen“ ersetzt.

AUFHEBUNG

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 39 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 87b Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

(1) Stationäre Pflegeeinrichtungen haben abweichend von § 84 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung der §§ 45a, 85 und 87a für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner sowie der Versicherten, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, (anspruchsberechtigten Personen) Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung. Die Vereinbarung der Vergütungszuschläge setzt voraus, dass

1. die anspruchsberechtigten Personen über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinaus zusätzlich betreut und aktiviert werden,
2. die stationäre Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der anspruchsberechtigten Personen über zusätzliches Betreuungspersonal, in vollstationären Pflegeeinrichtungen in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
3. die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jede anspruchsberechtigte Person der zwanzigste Teil der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird und
4. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die zusätzliche Betreuung und Aktivierung für anspruchsberechtigte Personen nicht erbracht wird.

Eine Vereinbarung darf darüber hinaus nur mit stationären Pflegeeinrichtungen getroffen werden, die anspruchsberechtigte Personen und ihre Angehörigen im Rahmen der Verhandlung und des Abschlusses des Heimvertrages nachprüfbar und deutlich darauf hinweisen, dass ein zusätzliches Betreuungsangebot, für das ein Vergütungszuschlag nach Absatz 1 gezahlt wird, besteht. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Abs. 3 ist entsprechend zu ergänzen.

(2) Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Mit den Vergütungszuschlägen sind alle zusätzlichen Leistungen der Betreuung und Aktivierung für anspruchsberechtigte Personen im Sinne von Absatz 1 abgegolten. Die anspruchsberechtigten Personen und die Träger der Sozialhilfe dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden. Mit der Zahlung des Vergütungszuschlags von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung hat die anspruchsberechtigte Person Anspruch auf Erbringung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gegenüber der Pflegeeinrichtung.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat für die zusätzlich einzusetzenden Betreuungskräfte auf der Grundlage des § 45c Abs. 3 Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben in stationären Pflegeeinrichtungen zu beschließen; er hat hierzu die Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen anzuhören und den allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu beachten. Die Richtlinien werden für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die stationären Pflegeeinrichtungen erst nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit wirksam; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.“

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

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

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

§ 88a Wirtschaftlich tragfähige Vergütung für Kurzzeitpflege

(1) Zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege sind Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 zur Kurzzeitpflege bis zum 20. April 2022 abzugeben. Die Empfehlungen berücksichtigen insbesondere die verschiedenen Arten und Formen sowie die inhaltlichen und strukturellen Besonderheiten der Kurzzeitpflege. Auf Grundlage dieser Empfehlungen haben die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern ihre Rahmenverträge für die Kurzzeitpflege zu überprüfen und bei Bedarf an die Empfehlungen anzupassen. Bis zur Entscheidung über eine Anpassung der Rahmenverträge nach Satz 3 sind die Empfehlungen nach Satz 1 für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(2) Kommen die Empfehlungen nach Absatz 1 innerhalb der in Absatz 1 Satz 1 genannten Frist ganz oder teilweise nicht zustande, bestellen die in § 75 Absatz 6 genannten Parteien gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson. Kommt eine Einigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen ab der Feststellung der Nichteinigung auf die Empfehlungen nicht zustande, erfolgt eine Bestellung der Schiedsperson durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung des Verfahrens innerhalb von zwei Monaten nach Bestellung fest.¹⁴¹

Dritter Abschnitt Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen

§ 89 Grundsätze für die Vergütungsregelung

(1) Die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und der ergänzenden Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muß leistungsgerecht sein. Die Vergütung muss einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. Eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

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

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger,
2. die Träger der Sozialhilfe, die für die durch den Pflegedienst versorgten Pflegebedürftigen zuständig sind, sowie

141 QUELLE

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 29 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Vorschrift eingefügt.

3. die Arbeitsgemeinschaften der unter Nummer 1 und 2 genannten Träger, soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Vergütungsverhandlungen jeweils mehr als 5 vom Hundert der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen. Die Vergütungsvereinbarung ist für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen und gilt für den nach § 72 Abs. 3 Satz 3 vereinbarten Einzugsbereich, soweit nicht ausdrücklich etwas Abweichendes vereinbart wird.

(3) Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden. Die Vergütungen haben zu berücksichtigen, dass Leistungen von mehreren Pflegebedürftigen gemeinsam abgerufen und in Anspruch genommen werden können; die sich aus einer gemeinsamen Leistungsanspruchnahme ergebenden Zeit- und Kostenersparnisse kommen den Pflegebedürftigen zugute. Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches vorzusehen sind, zu berücksichtigen; die in den Rahmenempfehlungen geregelten Verfahren zum Vorweis der voraussichtlichen Personalkosten im Sinne von § 85 Absatz 3 Satz 5 können berücksichtigt werden. § 84 Absatz 4 Satz 2 und Absatz 7, § 85 Absatz 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.¹⁴²

142 ÄNDERUNGEN

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 33 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

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

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

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

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 54 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

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

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger oder von ihnen allein oder gemeinsam gebildete Arbeitsgemeinschaften sowie
2. der für den Sitz des Pflegedienstes zuständige (örtliche oder überörtliche) Träger der Sozialhilfe,

soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Vergütungsverhandlungen jeweils mehr als fünf vom Hundert der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen. Die Vergütungsvereinbarung ist für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen.“

Artikel 1 Nr. 54 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 und 3 eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 35 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 1 Satz 3 „seine Aufwendungen zu finanzieren und“ nach „ermöglichen,“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 35 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden.“

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 26a lit. a des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat Satz 3 in Abs. 1 durch die Sätze 3 bis 5 ersetzt. Satz 3 lautete: „Die Vergütung muß einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.“

Artikel 1 Nr. 26a lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Vergütungen sind mit Wirkung ab dem 1. Januar 2013 nach Zeitaufwand und unabhängig vom Zeitauf-

§ 90 Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

(1) 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 eine Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe zu erlassen, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfaßt ist. Die Vergütung muß leistungsgerecht sein, den Bemessungsgrundsätzen nach § 89 entsprechen und hinsichtlich ihrer Höhe regionale Unterschiede berücksichtigen. § 82 Abs. 2 gilt entsprechend. In der Verordnung ist auch das Nähere zur Abrechnung der Vergütung zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten zu regeln.

(2) Die Gebührenordnung gilt nicht für die Vergütung von ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe durch Familienangehörige und sonstige Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. Soweit die Gebührenordnung Anwendung findet, sind die davon betroffenen Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen nicht berechtigt, über die Berechnung der Gebühren hinaus weitergehende Ansprüche an die Pflegebedürftigen oder deren Kostenträger zu stellen.¹⁴³

wand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen je nach Art und Umfang der Pflegeleistung zu bemessen; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden.“

Artikel 1 Nr. 26a lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 4 lautete: „§ 84 Abs. 4 Satz 2, § 85 Abs. 3 bis 7 und § 86 gelten entsprechend.“

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 40 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 1 „Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung“ durch „Leistungen der häuslichen Pflegehilfe“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 40 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 3 aufgehoben. Satz 3 lautete: „Darüber hinaus sind auch Vergütungen für Betreuungsleistungen nach § 36 Abs. 1 zu vereinbaren.“

Artikel 1 Nr. 17c lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 1 Satz 3 „unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 17c lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 4 „von Gehältern bis zur Höhe“ nach „Bezahlung“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 17c lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 5 eingefügt.

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 17 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Abs. 3 Satz 3 eingefügt.

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 18 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 1 Satz 1 „und der ergänzenden Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen“ nach „Pflegehilfe“ eingefügt.

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 30 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Satz 3 in Abs. 3 neu gefasst. Satz 3 lautete: „Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches vorzusehen sind, zu berücksichtigen.“

Artikel 2 Nr. 31 desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „und Absatz 7“ durch „ , Absatz 7 und 7a“ ersetzt.

01.09.2022.—Artikel 2a Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Sätze 4 und 5 in Abs. 1 aufgehoben. Die Sätze 4 und 5 lauteten: „Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Für eine darüber hinausgehende Bezahlung bedarf es eines sachlichen Grundes.“

Artikel 2a Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 4 „ , Absatz 7 und 7a“ durch „und Absatz 7“ ersetzt.

143 ÄNDERUNGEN

14.10.1997.—Artikel 41 der Verordnung vom 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390) hat in Abs. 1 Satz 1 „und Senioren“ durch „ , Senioren, Frauen und Jugend“ ersetzt.

**Vierter Abschnitt
Kostenerstattung, Pflegeheimvergleich¹⁴⁴**

§ 91 Kostenerstattung

(1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach den §§ 85 und 89 verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten oder stationären Leistungen unmittelbar mit den Pflegebedürftigen vereinbaren.

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

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

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

§ 92¹⁴⁵

07.11.2001.—Artikel 219 Nr. 2 der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 1 Satz 1 „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 in Abs. 1 Satz 1 „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. 1 Satz 1 „und Soziale Sicherung“ nach „Gesundheit“ gestrichen und „und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales“ nach „Jugend“ eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 41 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 1 „Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen“ durch „Leistungen der häuslichen Pflegehilfe“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 41 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung“ durch „Leistungen der häuslichen Pflegehilfe“ ersetzt.

144 ÄNDERUNGEN

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 14 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat „ , Pflegeheimvergleich“ am Ende eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Kostenerstattung, Landespflegeausschüsse, Pflegeheimvergleich“.

145 ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 54a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

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

(2) Der Landespflegeausschuß besteht insbesondere aus Vertretern der Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen einschließlich eines Vertreters des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in