

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen oder die Landesverbände der Pflegekassen sind berechtigt, jährlich Verzeichnisse der Pflegeheime mit den im Pflegeheimvergleich ermittelten Leistungs-, Belegungs- und Vergütungsdaten zu veröffentlichen.

(7) Personenbezogene Daten sind vor der Datenübermittlung oder der Erteilung von Auskünften zu anonymisieren.

(8) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einen länderbezogenen Vergleich über die zugelassenen Pflegedienste (Pflegedienstvergleich) in entsprechender Anwendung der vorstehenden Absätze anzuordnen.¹⁴⁶

Fünfter Abschnitt Integrierte Versorgung¹⁴⁷

§ 92b Integrierte Versorgung

146 QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 15 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 8 Nr. 39 lit. a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 Nr. 1 „den Spitzen- oder“ durch „den Spitzenverband Bund der Pflegekassen oder den“ ersetzt.

Artikel 8 Nr. 39 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „die Spitzenverbände“ durch „den Spitzenverband Bund“ ersetzt.

Artikel 8 Nr. 39 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 6 „Die Spitzen- oder“ durch „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen oder die“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 55 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Nr. 1 und 2 in Abs. 1 Satz 1 aufgehoben und Nr. 3 bis 5 in Nr. 1 bis 3 unnummeriert. Nr. 1 und 2 lauteten:

- „1. die Vertragsparteien nach § 80a Abs. 1 bei der Ermittlung von Vergleichsmaßstäben für den Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen,
2. die unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen im Verfahren zur Erteilung der Leistungs- und Qualitätsnachweise nach § 113,“

Artikel 1 Nr. 55 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „ , den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen“ nach „Versorgungsverträgen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 55 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „(§ 79 Abs. 1, § 112 Abs. 3) sowie auf Verlangen den unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen nach § 113“ nach „Sachverständigen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 55 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 8 aufgehoben. Satz 1 lautete: „Die Ergebnisse des ersten länderbezogenen Pflegeheimvergleichs sind den Beteiligten nach Absatz 4 spätestens zum 31. Dezember 2003 vorzulegen.“

Artikel 1 Nr. 55 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 8 „frühestens zum 1. Januar 2006“ nach „ermächtigt,“ gestrichen.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 17 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 „der Krankenversicherung“ am Ende gestrichen.

147 QUELLE

01.04.2007.—Artikel 8 Nr. 40 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Überschrift des Abschnitts eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 56 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Beteiligung der Pflegeversicherung an der integrierten Versorgung“.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 26 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Integrierte Versorgung und Pflegestützpunkte“.

(1) Die Pflegekassen können mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und den weiteren Vertragspartnern nach § 140a Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Verträge zur integrierten Versorgung schließen oder derartigen Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner beitreten.

(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist das Nähere über Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen der integrierten Versorgung sowie deren Vergütung zu regeln. Diese Verträge können von den Vorschriften der §§ 75, 85 und 89 abweichende Regelungen treffen, wenn sie dem Sinn und der Eigenart der integrierten Versorgung entsprechen, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch die Pflegeeinrichtungen verbessern oder aus sonstigen Gründen zur Durchführung der integrierten Versorgung erforderlich sind. In den Pflegevergütungen dürfen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen. Soweit Pflegeeinrichtungen durch die integrierte Versorgung Mehraufwendungen für Pflegeleistungen entstehen, vereinbaren die Beteiligten leistungsgerechte Zuschläge zu den Pflegevergütungen (§§ 85 und 89). § 140a Absatz 2 Satz 1 bis 3 des Fünften Buches gilt für Leistungsansprüche der Pflegeversicherten gegenüber ihrer Pflegekasse entsprechend.

(3) § 140a Absatz 4 des Fünften Buches gilt für die Teilnahme der Pflegeversicherten an den integrierten Versorgungsformen entsprechend.¹⁴⁸

Sechster Abschnitt¹⁴⁹

§ 92c¹⁵⁰

148 QUELLE

01.04.2007.—Artikel 8 Nr. 40 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

23.07.2015.—Artikel 5 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) hat in Abs. 1 „§ 140b Abs. 1“ durch „§ 140a Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 5 „§ 140b Abs. 3“ durch „§ 140a Absatz 2 Satz 1 bis 3“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 4 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „Abs. 2 und 3“ durch „Absatz 4“ ersetzt und „für die Informationsrechte der Pflegeversicherten gegenüber ihrer Pflegekasse und“ nach „gilt“ gestrichen.

149 QUELLE

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 27 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Überschrift des Abschnitts eingefügt.

AUFHEBUNG

30.06.2017.—Artikel 8 Abs. 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Überschrift aufgehoben. Die Überschrift lautete: „Übergangsregelung für die stationäre Pflege“.

150 QUELLE

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 57 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 27 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 92c Pflegestützpunkte

(1) Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten richten die Pflegekassen und Krankenkassen Pflegestützpunkte ein, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. Die Einrichtung muss innerhalb von sechs Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde erfolgen. Kommen die hierfür erforderlichen Verträge nicht innerhalb von drei Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines weiteren Monats den Inhalt der Verträge festzulegen; hierbei haben sie auch die Interessen der Ersatzkassen und der Landesverbände der Krankenkassen wahrzunehmen. Hinsichtlich der Mehrheitsverhältnisse bei der Beschlussfassung ist § 81 Abs. 1 Satz 2 entsprechend an-

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

(2) Aufgaben der Pflegestützpunkte sind

1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote,
2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,
3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

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

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

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

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

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

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

(5) Der Aufbau der in der gemeinsamen Trägerschaft von Pflege- und Krankenkassen sowie den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen stehenden Pflegestützpunkte ist im Rahmen der verfügbaren Mittel bis zum 30. Juni 2011 entsprechend dem jeweiligen Bedarf mit einem Zuschuss bis zu 45 000 Euro je Pflegestützpunkt zu fördern; der Bedarf umfasst auch die Anlaufkosten des Pflegestützpunktes. Die Förderung ist dem Bedarf entsprechend um bis zu 5 000 Euro zu erhöhen, wenn Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen nachhaltig in die Tätigkeit des Stützpunktes einbezogen werden. Der Bedarf, die

Höhe des beantragten Zuschusses, der Auszahlungsplan und der Zahlungsempfänger werden dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen von den in Satz 1 genannten Trägern des Pflegestützpunktes im Rahmen ihres Förderantrags mitgeteilt. Das Bundesversicherungsamt zahlt die Fördermittel nach Eingang der Prüfungsmitteilung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Erfüllung der Auszahlungsvoraussetzungen an den Zahlungsempfänger aus. Die Antragsteller haben dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen spätestens ein Jahr nach der letzten Auszahlung einen Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel vorzulegen.

(6) Das Bundesversicherungsamt entnimmt die Fördermittel aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bis zu einer Gesamthöhe von 60 Millionen Euro, für das jeweilige Land jedoch höchstens bis zu der Höhe, die sich durch die Aufteilung nach dem Königsteiner Schlüssel ergibt. Die Auszahlung der einzelnen Förderbeträge erfolgt entsprechend dem Zeitpunkt des Eingangs der Anträge beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Näheres über das Verfahren der Auszahlung und die Verwendung der Fördermittel regelt das Bundesversicherungsamt mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen durch Vereinbarung.

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

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

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

(8) Die Landesverbände der Pflegekassen können mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte vereinbaren. Die von der zuständigen obersten Landesbehörde getroffene Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sowie die Empfehlungen nach Absatz 9 sind hierbei zu berücksichtigen. Die Rahmenverträge sind bei der Arbeit und der Finanzierung von Pflegestützpunkten in der gemeinsamen Trägerschaft der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die Altenhilfe und für die Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu beachten.

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

07.07.2016.—Artikel 2 Nr. 4 des Gesetzes vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233) hat Satz 4 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Davon ausgehend sind in der vollstationären Pflege für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln.“

AUFHEBUNG

30.06.2017.—Artikel 8 Abs. 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 92c Neuverhandlung der Pflegesätze

Die ab dem 1. Januar 2016 geltenden Pflegesatzvereinbarungen der zugelassenen Pflegeheime gelten bis zum 31. Dezember 2016 weiter. Gleiches gilt für Pflegesatzvereinbarungen, die neu auf Grundlage des § 84 Absatz 2 in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung abgeschlossen werden. Für den vorgesehenen Übergang ab dem 1. Januar 2017 sind von den Vereinbarungspartnern nach § 85 für die Pflegeheime neue Pflegesätze im Hinblick auf die neuen fünf Pflegegrade zu vereinbaren. Davon ausgehend sind bei vollstationärer Pflege nach § 43 für die Pflegegrade 2 bis 5 einrichtungseinheitliche Eigenanteile zu ermitteln. Dabei kann insbesondere die Pflegesatzkommission nach § 86 das Nähere für

§ 92d¹⁵¹

§ 92e¹⁵²

ein vereinfachtes Verfahren unter Einbezug eines angemessenen Zuschlags für die voraussichtlichen Kostensteigerungsraten bestimmen. § 85 Absatz 3 bis 7 gilt entsprechend.“

151 QUELLE

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 27 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

30.06.2017.—Artikel 8 Abs. 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 92d Alternative Überleitung der Pflegesätze

Sofern bis zu drei Monate vor dem 1. Januar 2017 für das Pflegeheim keine neue Vereinbarung nach § 92c geschlossen wurde, werden die vereinbarten Pflegesätze durch übergeleitete Pflegesätze abgelöst, die nach § 92e zu ermitteln sind.“

152 QUELLE

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 27 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

07.07.2016.—Artikel 2 Nr. 5 des Gesetzes vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233) hat Abs. 3a eingefügt.

AUFHEBUNG

30.06.2017.—Artikel 8 Abs. 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 92e Verfahren für die Umrechnung

(1) Grundlage für die Ermittlung der ab dem 1. Januar 2017 zu zahlenden Pflegesätze nach § 92d ist der Gesamtbetrag der Pflegesätze, die dem Pflegeheim am 30. September 2016 zustehen, hochgerechnet auf einen Kalendermonat für Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Bewohner ohne Pflegestufe, aber mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.

(2) Der Gesamtbetrag nach Absatz 1 ist in die Pflegegrade 2 bis 5 umzurechnen. Die übergeleiteten Pflegesätze ergeben sich als Summe aus dem Leistungsbetrag nach § 43 und dem in allen Pflegegraden gleich hohen Eigenanteil (Zuzahlungsbetrag). Der einheitliche Eigenanteil ermittelt sich dann wie folgt:

[Formel: BGBl. I 2015 S. 2431]

Dabei sind:

1. EA = der ab dem Tag der Umstellung geltende einheitliche Eigenanteil,
2. $\sum PS$ = Gesamtbetrag der Pflegesätze (PS) nach Absatz 1,
3. PBPG2 = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 entsprechend der Überleitungsvorschrift des § 140 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung am 30. September 2016,
4. PBPG3 = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 3 entsprechend der Überleitungsvorschrift des § 140 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung am 30. September 2016,
5. PBPG4 = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 4 entsprechend der Überleitungsvorschrift des § 140 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung am 30. September 2016,
6. PBPG5 = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 5 entsprechend der Überleitungsvorschrift des § 140 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung am 30. September 2016,
7. PB (PG2 – PG5) = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 bis 5 entsprechend der Überleitungsvorschrift des § 140 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung am 30. September 2016,
8. LBPG2 = vollstationärer Leistungsbetrag in Pflegegrad 2,
9. LBPG3 = vollstationärer Leistungsbetrag in Pflegegrad 3,
10. LBPG4 = vollstationärer Leistungsbetrag in Pflegegrad 4 sowie
11. LBPG5 = vollstationärer Leistungsbetrag in Pflegegrad 5.

(3) Für den teilstationären Bereich ergeben sich abweichend von Absatz 2 die übergeleiteten Pflegesätze wie folgt:

[Formel: BGBl. I 2015 S. 2431]

Dabei ist:

§ 92f¹⁵³

**Neuntes Kapitel
Datenschutz und Statistik**

**Erster Abschnitt
Informationsgrundlagen**

**Erster Titel
Grundsätze der Datenverarbeitung¹⁵⁴**

PSPG2 = der teilstationäre Pflegesatz in Pflegegrad 2.

Es gilt:

1. der Pflegesatz in Pflegegrad 3 entspricht dem 1,2-Fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2,
2. der Pflegesatz in Pflegegrad 4 entspricht dem 1,4-Fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2,
3. der Pflegesatz in Pflegegrad 5 entspricht dem 1,5-Fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2.

(3a) Für den Bereich der Kurzzeitpflege ergeben sich abweichend von Absatz 2 die übergeleiteten Pflegesätze wie folgt:

[Formel: BGBl. I 2016 S. 2239]

Dabei ist PSPG2 der Pflegesatz in Pflegegrad 2. Es gilt:

1. der Pflegesatz in Pflegegrad 3 entspricht dem 1,36-Fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2,
2. der Pflegesatz in Pflegegrad 4 entspricht dem 1,74-Fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2,
3. der Pflegesatz in Pflegegrad 5 entspricht dem 1,91-Fachen des Pflegesatzes in Pflegegrad 2.

Für Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit einem nicht nach Pflegestufen differenzierten Pflegesatz bleibt dieser unverändert.

(4) Der Pflegesatz für den Pflegegrad 1 beträgt bis zur Ablösung durch eine neue Pflegesatzvereinbarung 78 Prozent des Pflegesatzes für den Pflegegrad 2.“

153 QUELLE

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 27 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift eingefügt.

AUFHEBUNG

30.06.2017.—Artikel 8 Abs. 4 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 92f Pflichten der Beteiligten

(1) Das Pflegeheim teilt den nach § 85 Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern bis spätestens zum 31. Oktober 2016 die von ihm nach § 92e Absatz 2 bis 4 ermittelten Pflegesätze in den Pflegegraden 1 bis 5 zusammen mit folgenden Angaben mit:

1. die bisherigen Pflegesätze,
2. die Aufteilung der maßgeblichen Heimbewohnerzahl entsprechend ihrer bisherigen Einstufung und der Angabe zum Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz sowie
3. den Stichtagsbetrag nach § 92e Absatz 1.

Diese Angaben sind durch geeignete Unterlagen zu belegen. Es genügt die Mitteilung an eine als Vertragspartei beteiligte Pflegekasse; diese stellt die unverzügliche Weiterleitung der Mitteilung an die übrigen als Vertragsparteien beteiligten Kostenträger sowie an die Landesverbände der Pflegekassen sicher.

(2) Über Beanstandungen der von dem Pflegeheim nach Absatz 1 übermittelten Angaben befinden die Parteien nach § 85 Absatz 2 unverzüglich mit Mehrheit. Sofern an die Pflegekassen als Vertragspartei keine Mitteilung innerhalb der Frist erfolgt, sind diese zu einer Schätzung berechtigt und informieren darüber unverzüglich das Pflegeheim.

(3) Abweichend von § 9 Absatz 2 des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes sind die Heimbewohner vom Pflegeheim spätestens bis zum 30. November 2016 über die danach geltenden Pflegesätze nach § 92e, bei vollstationärer Pflege einschließlich des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils, schriftlich zu informieren. Auf den Besitzstandsschutz nach § 141 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung ist hinzuweisen.“

§ 93 Anzuwendende Vorschriften

Für den Schutz personenbezogener Daten bei der Verarbeitung in der Pflegeversicherung gelten § 35 des Ersten Buches, die §§ 67 bis 84 und § 85a des Zehnten Buches sowie die Vorschriften dieses Buches.¹⁵⁵

§ 94 Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen

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

1. die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 20 bis 26) und der Mitgliedschaft (§ 49),
2. die Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung (§§ 54 bis 61),
3. die Prüfung der Leistungspflicht und die Gewährung von Leistungen an Versicherte (§§ 4, 28 und 28a) sowie die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen,
4. die Beteiligung des Medizinischen Dienstes (§§ 18 bis 18c und 40),
5. die Abrechnung mit den Leistungserbringern und die Kostenerstattung (§§ 84 bis 91 und 105),
6. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit, der Abrechnung und der Qualität der Leistungserbringung (§§ 79, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117),
- 6a. den Abschluss und die Durchführung von Pflegesatzvereinbarungen (§§ 85, 86), Vergütungsvereinbarungen (§ 89) sowie Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b),
7. die Aufklärung und Auskunft (§ 7).
8. die Koordinierung pflegerischer Hilfen (§ 12), die Pflegeberatung (§ 7a), das Ausstellen von Berstungsgutscheinen (§ 7b) sowie die Wahrnehmung der Aufgaben in den Pflegestützpunkten (§ 7c),
9. die Abrechnung mit anderen Leistungsträgern,
10. statistische Zwecke (§ 109),
11. die Unterstützung der Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen (§ 115 Abs. 3 Satz 7)

erforderlich ist.

(2) Die nach Absatz 1 erhobenen und gespeicherten personenbezogenen Daten dürfen für andere Zwecke nur verarbeitet werden, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist. Auf Ersuchen des Betreuungsgerichts hat die Pflegekasse diesem zu dem in § 282 Abs. 11 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit genannten Zweck das nach den §§ 18 bis 18c zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erstellte Gutachten einschließlich der Befunde des Medizinischen Dienstes zu übermitteln.

(3) Versicherungs- und Leistungsdaten der für Aufgaben der Pflegekasse eingesetzten Beschäftigten einschließlich der Daten ihrer mitversicherten Angehörigen dürfen Personen, die kassenin-

154 ÄNDERUNGEN

26.11.2019.—Artikel 132 Nr. 8 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat die Überschrift des Titels neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Grundsätze der Datenverwendung“.

155 ERLÄUTERUNG

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

ÄNDERUNGEN

26.11.2019.—Artikel 132 Nr. 9 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

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

terne Personalentscheidungen treffen oder daran mitwirken können, weder zugänglich sein noch diesen Personen von Zugriffsberechtigten offenbart werden.¹⁵⁶

§ 95 Personenbezogene Daten bei den Verbänden der Pflegekassen

156 ERLÄUTERUNG

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

ÄNDERUNGEN

01.07.2001.—Artikel 10 Nr. 20 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat Nr. 7 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 7 lautete:

„7. die Beratung über Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation sowie über die Leistungen und Hilfen zur Pflege (§ 7),“.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat in Abs. 1 Nr. 6 „(§§ 79 und 80)“ durch „(§§ 79, 80, 112 bis 115, 117 und 118)“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 16 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Nr. 6a eingefügt.

01.07.2005.—Artikel 11 des Gesetzes vom 21. April 2005 (BGBl. I S. 1073) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 8 Nr. 41 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Nr. 6a „(§ 89) sowie“ durch „(§ 89),“ ersetzt und „sowie Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b)“ am Ende eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 58 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 1 Nr. 3 „sowie die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 58 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 6 „(§§ 79, 80, 112 bis 115, 117 und 118)“ durch „(§§ 79, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117)“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 58 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 6a „ , Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (§ 80a)“ nach „(§ 89)“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 58 lit. d desselben Gesetzes hat Nr. 8 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 8 lautete:

„8. die Koordinierung pflegerischer Hilfen (§ 12),“.

Artikel 1 Nr. 58 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 10 ein Komma am Ende eingefügt und Abs. 1 Nr. 11 eingefügt.

01.09.2009.—Artikel 107 des Gesetzes vom 17. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2586) hat in Abs. 2 Satz 2 „Vormundschaftsgerichts“ durch „Betreuungsgerichts“ und „§ 68b Abs. 1a des Gesetzes über die“ durch „§ 282 Abs. 1 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den“ ersetzt.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 36 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 1 Nr. 8 „ , das Ausstellen von Beratungsgutscheinen (§ 7b)“ nach „(§ 7a)“ eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 28 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Nr. 7 „Beratung“ durch „Aufklärung und Auskunft“ ersetzt und „sowie über deren Erbringer“ nach „Pflege“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 28 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 8 „(§ 92c)“ durch „(§ 7c)“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 42 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Nr. 3 „(§§ 4 und 28)“ durch „(§§ 4, 28 und 28a)“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 17d lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 1 Nr. 6 „ , der Abrechnung“ nach „Wirtschaftlichkeit“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 17d lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 7 „über Leistungen der Prävention und Teilhabe sowie über die Leistungen und Hilfen zur Pflege sowie über deren Erbringer“ nach „Auskunft“ gestrichen.

26.11.2019.—Artikel 132 Nr. 10 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 1 Satz 1 „erheben, verarbeiten und nutzen“ durch „verarbeiten“ ersetzt.

Artikel 132 Nr. 10 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „oder genutzt“ nach „verarbeitet“ gestrichen.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 17 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 2 Satz 2 „der Krankenversicherung“ nach „Dienstes“ gestrichen.

01.10.2023.—Artikel 1 Nr. 32 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 1 Nr. 4 „(§§ 18 und 40)“ durch „(§§ 18 bis 18c und 40)“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 32 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „§ 18“ durch „den §§ 18 bis 18c“ ersetzt.

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

1. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit, der Abrechnung und der Qualitätssicherung der Leistungserbringung (§§ 79, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117),
- 1a. die Information über die Erbringer von Leistungen der Prävention, Teilhabe sowie von Leistungen und Hilfe zur Pflege (§ 7),
2. den Abschluss und die Durchführung von Versorgungsverträgen (§§ 72 bis 74), Pflegesatzvereinbarungen (§§ 85, 86), Vergütungsvereinbarungen (§ 89) sowie Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b),
3. die Wahrnehmung der ihnen nach §§ 52 und 53 zugewiesenen Aufgaben,
4. die Unterstützung der Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen (§ 115 Abs. 3 Satz 7)

erforderlich sind.

(2) § 94 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.¹⁵⁷

§ 96 Gemeinsame Verarbeitung personenbezogener Daten

(1) Die Pflegekassen und die Krankenkassen dürfen erhobene personenbezogene Daten, die zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben jeder Stelle erforderlich sind, gemeinsam verarbeiten. Insoweit findet § 76 des Zehnten Buches im Verhältnis zwischen der Pflegekasse und der Krankenkasse, bei der sie errichtet ist (§ 46), keine Anwendung.

(2) § 286 des Fünften Buches gilt für die Pflegekassen entsprechend.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für die Verbände der Pflege- und Krankenkassen.¹⁵⁸

157 ERLÄUTERUNG

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

ÄNDERUNGEN

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 17 lit. a des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat in Abs. 1 Nr. 1 „(§§ 79 und 80)“ durch „(§§ 79, 80, 112 bis 115, 117 und 118)“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 17 lit. b desselben Gesetzes hat Nr. 2 in Abs. 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. den Abschluß und die Kündigung von Versorgungsverträgen (§§ 73 und 74),“.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 59 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 1 Nr. 1 „(§§ 79, 80, 112 bis 115, 117 und 118)“ durch „(§§ 79, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117)“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 59 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 2 „Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (§ 80a)“ durch „Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b)“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 59 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 3 ein Komma am Ende eingefügt und Abs. 1 Nr. 4 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 29 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Abs. 1 Nr. 1a eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 17e des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 1 Nr. 1 „ , der Abrechnung“ nach „Wirtschaftlichkeit“ eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 132 Nr. 11 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 1 „erheben, verarbeiten und nutzen“ durch „verarbeiten“ ersetzt.

158 ERLÄUTERUNG

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

ÄNDERUNGEN

07.11.2001.—Artikel 219 Nr. 9 der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Abs. 1 Satz 2 „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 18 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat die Vorschrift umfassend geändert. Die Vorschrift lautete:

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

1. die Daten zur Feststellung der Versicherungspflicht und der Familienversicherung, zur Bemessung und Einziehung der Beiträge sowie zur Feststellung des Leistungsanspruchs gemeinsam verarbeiten und nutzen, soweit sie für ihre jeweiligen Aufgaben dieselben Daten benötigen,

§ 97 Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst

(1) Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur verarbeiten, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach den §§ 18 bis 18c, 38a, 40, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117 erforderlich ist. Nach Satz 1 erhobene Daten dürfen für andere Zwecke nur verarbeitet werden, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.

(2) Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten, die er für die Aufgabenerfüllung nach dem Fünften oder Elften Buch verarbeitet, auch für die Aufgaben des jeweils anderen Buches verarbeiten, wenn ohne die vorhandenen Daten diese Aufgaben nicht ordnungsgemäß erfüllt werden können.

(3) Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen. § 96 Abs. 2, § 98 und § 107 Abs. 1 Satz 2 und 3 und Abs. 2 gelten für den Medizinischen Dienst entsprechend. Der Medizinische Dienst hat Sozialdaten zur Identifikation des Versicherten getrennt von den medizinischen Sozialdaten des Versicherten zu speichern. Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Sozialdaten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen. Der Schlüssel für die Zusammenführung der Daten ist vom Beauftragten für den Datenschutz des Medizinischen Dienstes aufzubewahren und darf anderen Personen nicht zugänglich gemacht werden. Jede Zusammenführung ist zu protokollieren.

(4) Für das Akteneinsichtsrecht des Versicherten gilt § 25 des Zehnten Buches entsprechend.¹⁵⁹

2. Angaben über Leistungsvoraussetzungen nach § 102 dieses Buches oder § 292 Abs. 1 des Fünften Buches gemeinsam verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Vermeidung von Doppelleistungen erforderlich ist.

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

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

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

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für die Verbände der Pflege- und Krankenkassen.“
26.11.2019.—Artikel 132 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Gemeinsame Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten“.

Artikel 132 Nr. 12 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „erhobene“ nach „dürfen“ eingefügt und „und nutzen“ am Ende gestrichen.

159 ERLÄUTERUNG

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

ÄNDERUNGEN

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 19 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat in Abs. 1 Satz 1 „§§ 18, 40 und 80“ durch „§§ 18, 40, 80, 112 bis 115, 117 und 118“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 6c des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat in Abs. 3 Satz 2 „§ 96 Abs. 3 Satz 1“ durch „§ 96 Abs. 2“ ersetzt.

01.01.2004.—Artikel 7 Nr. 3 des Gesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) hat Satz 3 in Abs. 3 durch die Sätze 3 bis 6 ersetzt. Satz 3 lautete: „Der Medizinische Dienst darf in Dateien nur Angaben zur Person und Hinweise auf bei ihm vorhandene Akten aufnehmen.“

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 60 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 1 Satz 1 „§§ 18, 40, 80, 112 bis 115, 117 und 118“ durch „§§ 18, 40, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117“ ersetzt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 1 „§§ 18, 40, 112, 113, 114, 114a, 115“ durch „§§ 18, 38a, 40, 112, 113, 114, 114a, 115“ ersetzt.

§ 97a Qualitätssicherung durch Sachverständige

(1) Von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte sonstige Sachverständige (§ 114 Abs. 1 Satz 1) sind berechtigt, für Zwecke der Qualitätssicherung und -prüfung Daten nach den §§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117 zu verarbeiten; sie dürfen die Daten an die Pflegekassen und deren Verbände sowie an die in den §§ 112, 114, 114a, 115 und 117 genannten Stellen übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung dieser Stellen erforderlich ist. Die Daten sind vertraulich zu behandeln.

(2) § 107 gilt entsprechend.¹⁶⁰

§ 97b Personenbezogene Daten bei den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Sozialhilfe

Die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und die zuständigen Träger der Sozialhilfe sind berechtigt, die für Zwecke der Pflegeversicherung nach den §§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117 erhobenen personenbezogenen Daten zu verarbeiten, soweit dies zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist; § 107 findet entsprechende Anwendung.¹⁶¹

26.11.2019.—Artikel 132 Nr. 13 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 1 Satz 1 „erheben, verarbeiten und nutzen“ durch „verarbeiten“ ersetzt.

Artikel 132 Nr. 13 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Die Daten dürfen für andere Zwecke nur verarbeitet und genutzt werden, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.“

Artikel 132 Nr. 13 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „erhebt, verarbeitet oder nutzt“ durch „verarbeitet“ ersetzt und „oder nutzen“ nach „verarbeiten“ gestrichen.

01.10.2023.—Artikel 1 Nr. 33 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 1 Satz 1 „§§ 18, 38a, 40, 112, 113, 114, 114a, 115“ durch „§§ 18 bis 18c, 38a, 40, 112, 113, 114, 114a, 115“ ersetzt.

160 QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 20 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 61 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte Sachverständige sowie unabhängige Sachverständige und Prüfstellen nach § 113 Abs. 2 sind berechtigt, für Zwecke der Qualitätssicherung und -prüfung Daten nach den §§ 80, 112 bis 115, 117 und 118 zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen; sie dürfen die Daten an die Pflegekassen und deren Verbände sowie an die in den §§ 80, 112 bis 115, 117 und 118 genannten Stellen übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung dieser Stellen erforderlich ist.“

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 17f lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in der Überschrift „und Prüfstellen“ am Ende gestrichen.

Artikel 1 Nr. 17f lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „sowie Sachverständige und Prüfinstitutionen im Sinne des § 114 Abs. 4 Satz 2“ vor „sind“ gestrichen.

26.11.2019.—Artikel 132 Nr. 14 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 1 Satz 1 „erheben, zu verarbeiten und zu nutzen“ durch „verarbeiten“ ersetzt.

161 QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 20 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 62 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat „§§ 80, 112 bis 115, 117 und 118“ durch „§§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117“ ersetzt.

01.10.2009.—Artikel 2 Abs. 1 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2319) hat in der Überschrift „Heimaufsichtsbehörden“ durch „nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden“ ersetzt.

§ 97c Qualitätssicherung durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.

Bei Wahrnehmung der Aufgaben auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung im Sinne dieses Buches durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. gilt der Prüfdienst als Stelle im Sinne des § 35 Absatz 1 Satz 1 des Ersten Buches. Die §§ 97 und 97a gelten entsprechend.¹⁶²

§ 97d Begutachtung durch unabhängige Gutachter

(1) Von den Pflegekassen gemäß § 18 Absatz 1 Satz 1 beauftragte unabhängige Gutachter sind berechtigt, personenbezogene Daten des Antragstellers zu verarbeiten, soweit dies für die Zwecke der Begutachtung gemäß der §§ 18 bis 18c erforderlich ist. Die Daten sind vertraulich zu behandeln. Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Daten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung des dem Gutachter von den Pflegekassen nach § 18 Absatz 1 Satz 1 erteilten Auftrags benötigen.

(2) Die unabhängigen Gutachter dürfen das Ergebnis der Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung gemäß den §§ 18 bis 18c an die sie beauftragende Pflegekasse übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Pflegekasse erforderlich ist; § 35 des Ersten Buches gilt entsprechend. Dabei ist sicherzustellen, dass das Ergebnis der Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie die Präventions- und Rehabilitationsempfehlung nur den Personen zugänglich gemacht werden, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.

(3) Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen. § 107 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.¹⁶³

§ 98 Forschungsvorhaben

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

(2) Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.¹⁶⁴

Artikel 2 Abs. 1 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat „zuständigen Heimaufsichtsbehörden“ durch „nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden“ ersetzt.

26.11.2019.—Artikel 132 Nr. 15 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat „und zu nutzen“ nach „verarbeiten“ gestrichen.

162 QUELLE

04.08.2011.—Artikel 6 Nr. 1 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) hat die Vorschrift eingefügt.

163 QUELLE

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 37 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 17g des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 2 Satz 1 und 2 jeweils „Präventions- und“ vor „Rehabilitationsempfehlung“ eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 132 Nr. 16 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 1 Satz 1 „erheben, zu verarbeiten und zu nutzen“ durch „verarbeiten“ ersetzt.

01.10.2023.—Artikel 1 Nr. 34 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 1 Satz 1 „§ 18 erforderlich“ durch „der §§ 18 bis 18c erforderlich“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 34 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „§ 18“ durch „den §§ 18 bis 18c“ ersetzt.

164 ERLÄUTERUNG

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

Zweiter Titel Informationsgrundlagen der Pflegekassen

§ 99 Versichertenverzeichnis

Die Pflegekasse hat ein Versichertenverzeichnis zu führen. Sie hat in das Versichertenverzeichnis alle Angaben einzutragen, die zur Feststellung der Versicherungspflicht oder -berechtigung und des Anspruchs auf Familienversicherung, zur Bemessung und Einziehung der Beiträge sowie zur Feststellung des Leistungsanspruchs erforderlich sind.¹⁶⁵

§ 100 Nachweispflicht bei Familienversicherung

Die Pflegekasse kann die für den Nachweis einer Familienversicherung (§ 25) erforderlichen Daten vom Angehörigen oder mit dessen Zustimmung vom Mitglied erheben.¹⁶⁶

§ 101 Pflegeversichertennummer

Die Pflegekasse verwendet für jeden Versicherten eine Versichertennummer, die mit der Krankenversichertennummer ganz oder teilweise übereinstimmen darf. Bei der Vergabe der Nummer für Versicherte nach § 25 ist sicherzustellen, daß der Bezug zu dem Angehörigen, der Mitglied ist, hergestellt werden kann.¹⁶⁷

§ 102 Angaben über Leistungsvoraussetzungen

Die Pflegekasse hat Angaben über Leistungen, die zur Prüfung der Voraussetzungen späterer Leistungsgewährung erforderlich sind, zu speichern. Hierzu gehören insbesondere Angaben zur Feststellung der Voraussetzungen von Leistungsansprüchen und zur Leistung von Zuschüssen.¹⁶⁸

§ 103 Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

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

(2) § 293 Abs. 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.¹⁶⁹

Zweiter Abschnitt Übermittlung von Leistungsdaten, Nutzung der Telematikinfrastuktur¹⁷⁰

165 ERLÄUTERUNG

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

ÄNDERUNGEN

(zukünftig)—Artikel 15 des Gesetzes vom 28. März 2021 (BGBl. I S. 591) hat Satz 3 eingefügt. Satz 3 wird lauten: „Darüber hinaus enthält das Versichertenverzeichnis die Identifikationsnummer nach dem Identifikationsnummerngesetz.“

166 ERLÄUTERUNG

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

167 ERLÄUTERUNG

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

168 ERLÄUTERUNG

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

ÄNDERUNGEN

26.11.2019.—Artikel 132 Nr. 17 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Satz 1 „aufzuzeichnen“ durch „zu speichern“ ersetzt.

169 ERLÄUTERUNG

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

170 ÄNDERUNGEN

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 18a des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat die Überschrift des Abschnitts neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Übermittlung von Leistungsdaten“.

§ 104 Pflichten der Leistungserbringer

Die Leistungserbringer sind berechtigt und verpflichtet:

1. im Falle der Überprüfung der Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln (§ 40 Abs. 1),
2. im Falle eines Prüfverfahrens, soweit die Wirtschaftlichkeit oder die Qualität der Leistungen im Einzelfall zu beurteilen sind §§ 79, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117),
- 2a. im Falle des Abschlusses und der Durchführung von Versorgungsverträgen (§§ 72 bis 74), Pflegesatzvereinbarungen (§§ 85, 86), Vergütungsvereinbarungen (§ 89) sowie Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b),
3. im Falle der Abrechnung pflegerischer Leistungen (§ 105)

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

(2) Soweit dies für die in Absatz 1 Nr. 2 und 2a genannten Zwecke erforderlich ist, sind die Leistungserbringer berechtigt, die personenbezogenen Daten auch an die Medizinischen Dienste und die in den §§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117 genannten Stellen zu übermitteln.

(3) Trägervereinigungen dürfen die ihnen nach Absatz 2 oder § 115 Absatz 1 Satz 2 übermittelten personenbezogene Daten verarbeiten, soweit dies für ihre Beteiligung an Qualitätsprüfungen oder Maßnahmen der Qualitätssicherung nach diesem Buch erforderlich ist.¹⁷¹

§ 105 Abrechnung pflegerischer Leistungen

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

1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Zeit der Leistungserbringung aufzuzeichnen,
2. in den Abrechnungsunterlagen ihr Kennzeichen (§ 103), spätestens ab dem 1. Januar 2023 die Beschäftigtennummer nach § 293 Absatz 8 Satz 2 des Fünften Buches der Person, die die Leistung erbracht hat, sowie die Versichertennummer des Pflegebedürftigen anzugeben,

171 ERLÄUTERUNG

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

ÄNDERUNGEN

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 21 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat in Nr. 2 „(§§ 79 und 80)“ durch „(§§ 79, 80, 112 bis 115, 117 und 118)“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 21 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Nr. 2a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 21 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat „über Versicherungsleistungen“ nach „Angaben“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 21 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 und 3 eingefügt.

01.04.2007.—Artikel 8 Nr. 42 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 1 Nr. 2a „(§ 89) und“ durch „(§ 89),“ ersetzt und „sowie Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 92b)“ am Ende eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 63 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 1 Nr. 2 „(§§ 79, 80, 112 bis 115, 117 und 118)“ durch „(§§ 79, 112, 113, 114, 114a, 115 und 117)“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 63 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Nr. 2a „ , Leistungs- oder Qualitätsvereinbarungen (§ 80a)“ nach „(§ 89)“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 63 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „§§ 112 bis 115, 117 und 118“ durch „§§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117“ ersetzt.

26.11.2019.—Artikel 132 Nr. 18 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 1 „aufzuzeichnen“ durch „zu speichern“ ersetzt.

Artikel 132 Nr. 18 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Trägervereinigungen dürfen personenbezogene Daten verarbeiten und nutzen, soweit dies für ihre Beteiligung an Qualitätsprüfungen oder Maßnahmen der Qualitätssicherung nach diesem Buch erforderlich ist.“

3. bei der Abrechnung über die Abgabe von Hilfsmitteln die Bezeichnungen des Hilfsmittelverzeichnis nach § 78 zu verwenden.

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

(2) Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie Einzelheiten des Datenträgeraustausches werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer festgelegt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Verbände der Leistungserbringer legen bis zum 1. Januar 2018 die Einzelheiten für eine elektronische Datenübertragung aller Angaben und Nachweise fest, die für die Abrechnung pflegerischer Leistungen in der Form elektronischer Dokumente erforderlich sind. Kommt eine Festlegung nach Satz 1 oder Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt für Abrechnungen von Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 sowie von häuslicher Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches durch die Schiedsstelle nach § 132a Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches auf Antrag des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen oder der Verbände der Leistungserbringer bestimmt. Die Schiedsstelle kann auch vom Bundesministerium für Gesundheit angerufen werden. Sie bestimmt den Inhalt der Festlegung innerhalb von drei Monaten ab der Anrufung. Die Regelungen der Rahmenempfehlung nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 6 des Fünften Buches sind bei der Bestimmung durch die Schiedsstelle zu berücksichtigen. Für die elektronische Datenübertragung elektronischer Dokumente ist neben der qualifizierten elektronischen Signatur auch ein anderes sicheres Verfahren vorzusehen, das den Absender der Daten authentifiziert und die Integrität des elektronisch übermittelten Datensatzes gewährleistet. Zur Authentifizierung des Absenders der Daten können auch der elektronische Heilberufs- oder Berufsausweis nach § 339 Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches, die elektronische Gesundheitskarte nach § 291 des Fünften Buches sowie der elektronische Identitätsnachweis des Personalausweises genutzt werden; die zur Authentifizierung des Absenders der Daten erforderlichen Daten dürfen zusammen mit den übrigen übermittelten Daten gespeichert und verwendet werden. § 302 Absatz 2 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(3) Im Rahmen der Abrechnung pflegerischer Leistungen nach § 105 sind vorbehaltlich des Satzes 2 von den Pflegekassen und den Leistungserbringern ab dem 1. März 2021 ausschließlich elektronische Verfahren zur Übermittlung von Abrechnungsunterlagen einschließlich des Leistungsnachweises zu nutzen, wenn der Leistungserbringer

1. an die Telematikinfrastuktur angebunden ist,
2. ein von der Gesellschaft für Telematik nach § 311 Absatz 6 des Fünften Buches festgelegtes Verfahren zur Übermittlung der Daten nutzt und
3. der Pflegekasse die für die elektronische Übermittlung von Abrechnungsunterlagen erforderlichen Angaben übermittelt hat.

Die Verpflichtung nach Satz 1 besteht nach Ablauf von drei Monaten, nachdem der Leistungserbringer die für die elektronische Übermittlung von Abrechnungsunterlagen erforderlichen Angaben an die Pflegekasse übermittelt hat.¹⁷²

172 ERLÄUTERUNG

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

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 8 Nr. 43 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) hat in Abs. 2 „von den Spitzenverbänden“ durch „vom Spitzenverband Bund“ ersetzt.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 38 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

06.07.2017.—Artikel 8 des Gesetzes vom 30. Juni 2017 (BGBl. I S. 2143) hat Abs. 2 Satz 2 bis 4 eingefügt.

20.10.2020.—Artikel 5 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „ , spätestens ab dem 1. Januar 2023 die Beschäftigtennummer nach § 293 Absatz 8 Satz 2 des Fünften Buches der Person, die die Leistung erbracht hat,“ nach „(§ 103)“ eingefügt.

Artikel 5 Nr. 2 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 3 bis 6 eingefügt.

§ 106 Abweichende Vereinbarungen

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

1. der Umfang der zu übermittelnden Abrechnungsbelege eingeschränkt,
2. bei der Abrechnung von Leistungen von einzelnen Angaben ganz oder teilweise abgesehen wird, wenn dadurch eine ordnungsgemäße Abrechnung und die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Pflegekassen nicht gefährdet werden.¹⁷³

§ 106a Mitteilungspflichten

Zugelassene Pflegedienste, anerkannte Beratungsstellen, beauftragte Pflegefachkräfte sowie Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 durchführen, sind mit Einwilligung des Versicherten berechtigt und verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen, der privaten Versicherungsunternehmen sowie der Beihilfefestsetzungsstellen erforderlichen Angaben zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung der zuständigen Pflegekasse, dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen und der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle zu übermitteln. Das Formular nach § 37 Abs. 4 Satz 2 wird unter Beteiligung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationssicherheit und des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt. Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen.¹⁷⁴

Artikel 5 Nr. 2 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 8 „§ 291a Absatz 5 Satz 5“ durch „§ 339 Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 eingefügt.

173 ERLÄUTERUNG

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

174 QUELLE

25.06.1996.—Artikel 1 Nr. 34 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

07.11.2001.—Artikel 219 Nr. 9 der Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) hat in Satz 2 „Arbeit und Sozialordnung“ durch „Gesundheit“ ersetzt.

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

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 64 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Satz 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Leistungserbringer sind berechtigt und verpflichtet, bei Pflegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3 mit Einverständnis des Versicherten die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen erforderlichen Angaben zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung den Pflegekassen zu übermitteln.“

Artikel 1 Nr. 64 lit. b desselben Gesetzes hat in Satz 2 Abs. 3 Satz 5“ durch „Abs. 4 Satz 2“ ersetzt und „und die Informationsfreiheit“ nach „Datenschutz“ eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 18 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Satz 1 „sowie beauftragte Pflegefachkräfte“ durch „ , beauftragte Pflegefachkräfte sowie Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften“ ersetzt.

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 18 lit. a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Satz 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Zugelassene Pflegeeinrichtungen, anerkannte Beratungsstellen, beauftragte Pflegefachkräfte sowie Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 durchführen, sind mit Einverständnis des Versicherten berechtigt und verpflichtet, die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen und der privaten Versicherungsunternehmen erforder-

§ 106b Finanzierung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrasturktur

(1) Zum Ausgleich

1. der erforderlichen erstmaligen Ausstattungskosten, die den Leistungserbringern in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrasturktur entstehen, sowie
2. der Kosten, die den Leistungserbringern im laufenden Betrieb der Telematikinfrasturktur entstehen,

erhalten die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ab dem 1. Juli 2020 von der Pflegeversicherung die in den Finanzierungsvereinbarungen nach § 336 Absatz 2 des Fünften Buches für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in der jeweils geltenden Fassung vereinbarten Erstattungen. Das Verfahren zur Erstattung der Kosten vereinbaren der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bis zum 31. März 2020.

(2) Die durch die Erstattung nach Absatz 1 entstehenden Kosten, soweit die ambulanten Pflegeeinrichtungen betroffen sind, tragen die gesetzlichen Krankenkassen und die soziale Pflegeversicherung in dem Verhältnis, das dem Verhältnis zwischen den Ausgaben der Krankenkassen für die häusliche Krankenpflege und den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegesachleistungen im vorangegangenen Kalenderjahr entspricht. Zur Finanzierung der den Krankenkassen nach Satz 1 entstehenden Kosten erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.¹⁷⁵

lichen Angaben zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen zu übermitteln.“

Artikel 11 Nr. 18 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 eingefügt.

175 QUELLE

19.12.2019.—Artikel 4 Nr. 2 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

20.10.2020.—Artikel 5 Nr. 3 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat in Abs. 1 Satz 1 „§ 291a Absatz 7 Satz 5“ durch „§ 376 Absatz 1“ ersetzt.

01.04.2023.—Artikel 8a Nr. 4 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„(1) Zum Ausgleich

1. der erforderlichen Ausstattungskosten aufgrund von Anforderungen an die Ausstattung nach dem Fünften Buch, die in der Festlegungs-, Erprobungs- und Einführungsphase der Telematikinfrasturktur entstehen, und
2. der erforderlichen Betriebskosten, die im laufenden Betrieb der Telematikinfrasturktur entstehen,

erhalten nach § 72 zugelassene ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in entsprechender Anwendung der Finanzierungsregelungen für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer die sich aus § 378 Absatz 2 des Fünften Buches ergebenden Erstattungen nach Maßgabe des Absatzes 2 in Form einer monatlichen Pauschale (TI-Pauschale) aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung.

(2) Näheres zum Ausgleich nach Absatz 1, dem Zahlungs- und Abrechnungsverfahren sowie der Beteiligung der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, an den Kosten, legen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in einer Finanzierungsvereinbarung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit fest. Grundlage dieser Finanzierungsvereinbarung sind die nach § 378 Absatz 2 des Fünften Buches vereinbarten Bundesmantelverträge. Ein abweichender Erstattungsbedarf der Pflegeeinrichtungen gegenüber den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern aufgrund ihrer Besonderheiten, insbesondere bezogen auf Größe und Beschäftigtenanzahl, ist dabei zu berücksichtigen.

§ 106c Einbindung der Medizinischen Dienste in die Telematikinfrastuktur

Bei der Erfüllung der ihnen nach diesem Buch zugewiesenen Aufgaben haben die Medizinischen Dienste gemäß § 278 des Fünften Buches und die Pflegekassen oder die Landesverbände der Pflegekassen für die gegenseitige Übermittlung von Daten die von der Gesellschaft für Telematik nach § 311 Absatz 6 des Fünften Buches festgelegten Verfahren zu verwenden, sofern der jeweilige Medizinische Dienst und die Pflegekasse oder der jeweilige Landesverband der Pflegekasse an die Telematikinfrastuktur angebunden sind.¹⁷⁶

Dritter Abschnitt Datenlöschung, Auskunftspflicht

§ 107 Löschen von Daten

(1) Für das Löschen der für Aufgaben der Pflegekassen und ihrer Verbände gespeicherten personenbezogenen Daten gilt, daß

1. die Daten nach § 102 spätestens nach Ablauf von zehn Jahren,
2. sonstige Daten aus der Abrechnung pflegerischer Leistungen (§ 105), aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 79), aus Prüfungen zur Qualitätssicherung (§§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117) und aus dem Abschluss oder der Durchführung von Verträgen (§§ 72 bis 74, 85, 86 oder 89) spätestens nach zwei Jahren

zu löschen sind. Die Fristen beginnen mit dem Ende des Geschäftsjahres, in dem die Leistungen gewährt oder abgerechnet wurden. Die Pflegekassen können für Zwecke der Pflegeversicherung Leis-

Zudem sind Übergangsregelungen festzulegen, um die Erstattungsmodalitäten beim Übergang von den bisher geltenden auf die neuen Erstattungsregelungen zu bestimmen. Die Finanzierungsvereinbarung muss spätestens zwei Monate nach Anpassung der Bundesmantelverträge vorliegen.

(3) Die durch die Erstattung nach Absatz 1 entstehenden Kosten, soweit die ambulanten Pflegeeinrichtungen betroffen sind, tragen die gesetzlichen Krankenkassen und die soziale Pflegeversicherung in dem Verhältnis, das der Relation zwischen den Ausgaben der Krankenkassen für die häusliche Krankenpflege und den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegesachleistungen im vorangegangenen Kalenderjahr entspricht. Bei den in § 39a Absatz 1 des Fünften Buches genannten stationären Hospizen, mit denen ein Versorgungsvertrag als stationäre Pflegeeinrichtung nach § 72 besteht, tragen die gesetzlichen Krankenkassen 80 Prozent der nach Absatz 1 entstehenden Erstattungen. Zur Finanzierung der den Krankenkassen nach den Sätzen 1 und 2 entstehenden Kosten erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß Absatz 1 ergeben. Der jeweilige 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 nach § 65 geleistet werden. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bestimmen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und das Bundesamt für Soziale Sicherung.

(4) Die nach den Absätzen 1 und 2 festgelegte Höhe der TI-Pauschale gilt ab dem 30. Juni 2023.

(5) Die Vereinbarungspartner nach Absatz 2 verhandeln die Höhe der TI-Pauschale im Abstand von jeweils zwei Jahren, orientieren sich dabei an den Anpassungen der Bundesmantelverträge nach § 378 Absatz 2 des Fünften Buches und schließen erforderlichenfalls eine neue Vereinbarung nach Absatz 2. Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung gilt die jeweils bestehende Vereinbarung nach Absatz 2 fort.“

176 QUELLE

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 18b des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat die Vorschrift eingefügt.

tungsdaten länger aufbewahren, wenn sichergestellt ist, daß ein Bezug zu natürlichen Personen nicht mehr herstellbar ist.

(2) Im Falle des Wechsels der Pflegekasse ist die bisher zuständige Pflegekasse verpflichtet, auf Verlangen die für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Angaben nach den §§ 99 und 102 der neuen Pflegekasse mitzuteilen.¹⁷⁷

§ 108 Auskünfte an Versicherte

(1) Die Pflegekassen unterrichten die Versicherten auf deren Antrag über die in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor Antragstellung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. Eine Mitteilung an die Leistungserbringer über die Unterrichtung des Versicherten ist nicht zulässig. Die Pflegekassen können in ihren Satzungen das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung regeln.

(2) Die Berechtigung der Versicherten, auf die in der elektronischen Patientenakte gespeicherten Angaben über ihre pflegerische Versorgung zuzugreifen, folgt aus § 336 Absatz 2 des Fünften Buches. § 336 Absatz 2 Nummer 1 des Fünften Buches ist entsprechend auf die Pflegekassen anzuwenden.¹⁷⁸

177 ERLÄUTERUNG

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

ÄNDERUNGEN

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 22 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat Nr. 2 in Abs. 1 Satz 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. sonstige Daten aus der Abrechnung pflegerischer Leistungen (§ 105), aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 79) und aus Prüfungen zur Qualitätssicherung (§ 80) spätestens nach zwei Jahren“.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 65 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „(§§ 80, 112 bis 115, 117 und 118)“ durch „(§§ 112, 113, 114, 114a, 115 und 117)“ und „(§§ 72 bis 74, 80a, 85, 86 oder 89)“ durch „(§§ 72 bis 74, 85, 86 oder 89)“ ersetzt.

26.11.2019.—Artikel 132 Nr. 20 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 1 Satz 1 „§ 84 des Zehnten Buches entsprechend mit der Maßgabe“ nach „gilt“ gestrichen.

178 ERLÄUTERUNG

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

ÄNDERUNGEN

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 31 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Satz 1 „im jeweils letzten Geschäftsjahr“ durch „in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor Antragstellung“ ersetzt.

19.12.2019.—Artikel 4 Nr. 3 lit. b des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat Abs. 2 eingefügt.

20.10.2020.—Artikel 5 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat in Abs. 2 Satz 1 „§ 291a Absatz 5 Satz 8 und 9“ durch „§ 336 Absatz 2“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 „§ 291a Absatz 5 Satz 9“ durch „§ 336 Absatz 2 Nummer 1“ ersetzt.

01.01.2024.—Artikel 2 Nr. 16 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat Satz 1 in Abs. 1 durch die Sätze 1 und 2 ersetzt. Die Sätze 1 und 2 werden lauten: „Die Pflegekassen unterrichten die Versicherten, indem sie den Versicherten auf Anforderung

1. eine Übersicht über die in einem Zeitraum von mindestens 18 Monaten vor der Anforderung in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten übermitteln; auf Wunsch der Versicherten wird ihnen eine Übersicht über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten bis auf Widerruf regelmäßig jedes Kalenderhalbjahr übermittelt;
2. Auskünfte darüber geben, welche Leistungsbestandteile im Einzelnen durch Leistungserbringende in Bezug auf die Versicherten zur Abrechnung bei der Pflegekasse eingereicht worden sind; die Informationen sind in für die Versicherten verständlicher Form aufzubereiten;
3. eine Durchschrift der von Leistungserbringenden bei der Pflegekasse eingereichten Abrechnungsunterlagen übermitteln; sind die Abrechnungen in einer Form bei der Pflegekasse eingereicht worden, von der eine Durchschrift nicht gefertigt werden kann, sind die Abrechnungsin-

Vierter Abschnitt Statistik

§ 109 Pflegestatistiken

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

1. Art der Pflegeeinrichtung und der Trägerschaft,
2. Art des Leistungsträgers und des privaten Versicherungsunternehmens,
3. in der ambulanten und stationären Pflege tätige Personen nach Geschlecht, Geburtsjahr, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich, Dienststellung, Berufsabschluß auf Grund einer Ausbildung, Weiterbildung oder Umschulung, zusätzlich bei Auszubildenden und Umschülern Art der Ausbildung und Ausbildungsjahr, Beginn und Ende der Pflege Tätigkeit,
4. sachliche Ausstattung und organisatorische Einheiten der Pflegeeinrichtung, Ausbildungsstätten an Pflegeeinrichtungen,
5. Pflegebedürftige nach Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort Postleitzahl des Wohnorts vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, Art, Ursache, Grad und Dauer der Pflegebedürftigkeit, Art des Versicherungsverhältnisses,
6. in Anspruch genommene Pflegeleistungen nach Art, Dauer und Häufigkeit sowie nach Art des Kostenträgers,
7. Kosten der Pflegeeinrichtungen nach Kostenarten sowie Erlöse nach Art, Höhe und Kostenträgern.

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

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

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

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

halte in einer Form aufzubereiten und an die Versicherten zu übermitteln, die inhaltlich einer Durchschrift von Abrechnungsunterlagen entspricht; erforderlichenfalls sind dazu Erläuterungen zur Verfügung zu stellen, die die Abrechnungsinhalte für die Versicherten nachvollziehbar und verständlich machen.

Die Übermittlung aller nach diesem Absatz bereitgestellten Informationen hat in einer für die Versicherten wahrnehmbaren Form zu erfolgen; die geltenden Anforderungen an den Datenschutz sind dabei zu beachten und die erforderliche Datensicherheit ist zu gewährleisten.“

Artikel 2 Nr. 16 lit. b desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 3 „nach diesem Absatz“ nach „Versicherten“ eingefügt.

(3) Die nach Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 3 Auskunftspflichtigen teilen die von der jeweiligen Statistik umfaßten Sachverhalte gleichzeitig den für die Planung und Investitionsfinanzierung der Pflegeeinrichtungen zuständigen Landesbehörden mit. Die Befugnis der Länder, zusätzliche, von den Absätzen 1 und 2 nicht erfaßte Erhebungen über Sachverhalte des Pflegewesens als Landesstatistik anzuordnen, bleibt unberührt. Die Verordnung nach Absatz 1 Satz 1 hat sicherzustellen, dass die Pflegeeinrichtungen diesen Auskunftsverpflichtungen gemeinsam mit der Auskunftsverpflichtung nach Absatz 1 durch eine einheitliche Auskunftserteilung nachkommen können.

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

(5) Die Statistiken nach den Absätzen 1 und 2 sind für die Bereiche der ambulanten Pflege und der Kurzzeitpflege erstmals im Jahr 1996 für das Jahr 1995 vorzulegen, für den Bereich der stationären Pflege im Jahr 1998 für das Jahr 1997.¹⁷⁹

Zehntes Kapitel Private Pflegeversicherung

§ 110 Regelungen für die private Pflegeversicherung

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

1. mit allen in § 22 und § 23 Abs. 1, 3 und 4 genannten versicherungspflichtigen Personen auf Antrag einen Versicherungsvertrag abzuschließen, der einen Versicherungsschutz in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsieht (Kontrahierungszwang); dies gilt auch für das nach § 23 Abs. 2 gewählte Versicherungsunternehmen,
2. in den Verträgen, die Versicherungspflichtige in dem nach § 23 Abs. 1 und 3 vorgeschriebenen Umfang abschließen,
 - a) keinen Ausschluß von Vorerkrankungen der Versicherten,
 - b) keinen Ausschluß bereits pflegebedürftiger Personen,

179 ÄNDERUNGEN

01.07.2001.—Artikel 10 Nr. 21 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) hat Nr. 4 in Abs. 2 Satz 1 neu gefasst. Nr. 4 lautete:

„4. Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation,“

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 66 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 3 Satz 1 jeweils „Satz 2“ durch „Satz 3“ ersetzt.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 39 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 „Geburtsjahr,“ nach „Geschlecht,“ und „zusätzlich bei Auszubildenden und Umschülern Art der Ausbildung und Ausbildungsjahr,“ nach „Umschulung,“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 39 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 „und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ nach „Pflegebedürftige“ eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 43 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 „und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ nach „Pflegebedürftige“ gestrichen.

Artikel 2 Nr. 43 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 „sowie Angebote zur Unterstützung im Alltag“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 19 lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 „betreute“ am Anfang gestrichen und „Postleitzahl des Wohnorts vor dem Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung,“ nach „Wohnort“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 19 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 3 eingefügt.

- c) keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung (§ 33 Abs. 2),
- d) keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten,
- e) keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt, bei Personen, die nach § 23 Abs. 3 einen Teilkostentarif abgeschlossen haben, keine Prämienhöhe, die 50 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung übersteigt,
- f) die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt,
- g) für Ehegatten oder Lebenspartner ab dem Zeitpunkt des Nachweises der zur Inanspruchnahme der Beitragsermäßigung berechtigenden Umstände keine Prämie in Höhe von mehr als 150 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung, wenn ein Ehegatte oder ein Lebenspartner kein Gesamteinkommen hat, das die in § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommengrenzen überschreitet, vorzusehen.

(2) Die in Absatz 1 genannten Bedingungen gelten für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes Mitglied bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen sind oder sich nach Artikel 41 des Pflege-Versicherungsgesetzes innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreien lassen. Die in Absatz 1 Nr. 1 und 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind. Für Personen, die im Basistarif nach § 152 des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 152 Absatz 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vermindert und für Personen, die Mitglied in einer in § 176 Absatz 1 des Fünften Buches genannten Solidargemeinschaft sind und deren Beitrag zur Solidargemeinschaft sich nach § 176 Absatz 5 des Fünften Buches vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. Würde allein durch die Zahlung des Beitrags zur Pflegeversicherung nach Satz 2 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches entstehen, gilt Satz 3 entsprechend; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.

(3) Für Versicherungsverträge, die mit Personen abgeschlossen werden, die erst nach Inkrafttreten dieses Gesetzes Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen werden oder die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen, gelten, sofern sie in Erfüllung der Vorsorgepflicht nach § 22 Abs. 1 und § 23 Absatz 1, 3, 4 und 4a geschlossen werden und Vertragsleistungen in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsehen, folgende Bedingungen:

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

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

(5) Die Versicherungsunternehmen haben den Versicherten Akteneinsicht zu gewähren. Sie haben die Berechtigten über das Recht auf Akteneinsicht zu informieren, wenn sie das Ergebnis einer Prüfung auf Pflegebedürftigkeit mitteilen. § 25 des Zehnten Buches gilt entsprechend.¹⁸⁰

180 ÄNDERUNGEN

01.01.2000.—Artikel 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) hat in Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe g „regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches“ durch „die in § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommensgrenzen“ ersetzt.

01.08.2001.—Artikel 3 § 56 Nr. 11 des Gesetzes vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266) hat in Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe g „oder Lebenspartner“ nach „Ehegatten“ und „oder ein Lebenspartner“ nach „Ehegatte“ eingefügt.

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 6d des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat Abs. 4 Satz 2 eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 67 lit. a des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 2 Satz 2 bis 5 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 67 lit. c desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 4 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Eine freiwillige Versicherung nach § 26a kann unter den Voraussetzungen des § 49 Abs. 3 Satz 2 gekündigt werden.“

Artikel 1 Nr. 67 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 5 eingefügt.

01.01.2009.—Artikel 1 Nr. 67 lit. b des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 3 „oder die der Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes genügen“ nach „Krankenhausleistungen werden“ eingefügt.

Artikel 2 desselben Gesetzes hat die Sätze 2 bis 4 in Abs. 2 neu gefasst. Die Sätze 2 bis 4 lauteten: „Die in Absatz 1 Nr. 1 und in Nr. 2 Buchstabe a bis f genannten Bedingungen gelten auch für Verträge mit Personen, die im Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches versichert sind. Für Personen, die im Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches versichert sind und deren Beitrag zur Krankenversicherung sich nach § 12 Abs. 1c Satz 4 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung vermindert, darf der Beitrag 50 vom Hundert des sich nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e ergebenden Beitrags nicht übersteigen; die Beitragsbegrenzung für Ehegatten oder Lebenspartner nach Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe g gilt für diese Versicherten nicht. Für die Aufbringung der nach Satz 3 verminderten Beiträge gilt § 12 Abs. 1c Satz 5 oder 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung entsprechend; dabei gilt Satz 6 mit der Maßgabe, dass der zuständige Träger den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist.“

01.01.2016.—Artikel 2 Abs. 24 Nr. 1 lit. a des Gesetzes vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434) hat in Abs. 2 Satz 2 und 3 jeweils „Basistarif nach § 12“ durch „Basistarif nach § 152“ ersetzt.

Artikel 2 Abs. 24 Nr. 1 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „sich nach § 12 Abs. 1c Satz 4 oder 6“ durch „sich nach § 152 Absatz 4 Satz 1 oder 3“ ersetzt.

Artikel 2 Abs. 24 Nr. 1 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 4 „§ 12 Abs. 1c Satz 5 oder 6“ durch „§ 152 Absatz 4 Satz 2 oder 3“ und „gilt Satz 6“ durch „gilt Satz 3“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 3 Abs. 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 26. Juli 2016 (BGBl. I S. 1824) hat in Abs. 2 Satz 3 „Satz 1 oder 3“ nach „Absatz 4“ gestrichen.

Artikel 3 Abs. 3 Nr. 2 desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Für die Aufbringung der nach Satz 3 verminderten Beiträge gilt § 152 Absatz 4 Satz 2 oder 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes entsprechend; dabei gilt Satz 3 mit der Maßgabe, dass der zuständige Träger den Betrag zahlt, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der sozialen Pflegeversicherung zu tragen ist.“

Artikel 3 Abs. 3 Nr. 3 desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 4 „Entsteht“ durch „Würde“ und „gelten die Sätze 3 und 4“ durch „gilt Satz 3“ ersetzt sowie „entstehen“ nach „Buches“ eingefügt.

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 18c des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 3 „Abs. 1, 3 und 4“ durch „Absatz 1, 3, 4 und 4a“ ersetzt.

01.07.2023.—Artikel 6 des Gesetzes vom 6. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 146) hat in Abs. 2 Satz 3 „und für Personen, die Mitglied in einer in § 176 Absatz 1 des Fünften Buches genannten Solidargemeinschaft sind und deren Beitrag zur Solidargemeinschaft sich nach § 176 Absatz 5 des Fünften Buches vermindert“ nach „vermindert“ eingefügt.

§ 110a Befristeter Zuschlag zu privaten Pflege-Pflichtversicherungsverträgen zur Finanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben

(1) Für den Zeitraum vom 1. Juli 2021 bis zum 31. Dezember 2022 können private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, für bestehende Vertragsverhältnisse über die Prämie hinaus einen monatlichen Zuschlag erheben.

(2) Bei der Ermittlung der Höhe des Zuschlags nach Absatz 1 dürfen ausschließlich Mehrausgaben des privaten Versicherungsunternehmens berücksichtigt werden, die

1. aus der Erfüllung der Verpflichtung nach § 150 Absatz 4 Satz 5 entstehen oder entstanden sind und
2. nicht durch Minderausgaben im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung in dem Zeitraum, für den der Erstattungsbetrag nach § 150 Absatz 2 an die zugelassenen Pflegeeinrichtungen gezahlt wurde, kompensiert werden können.

Für die Ermittlung der Minderausgaben nach Satz 1 Nummer 2 ist ein Vergleich mit den Ausgaben im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung im entsprechenden Zeitraum des Jahres 2019 zugrunde zu legen. Alterungsrückstellungen sind für den Zuschlag nicht zu bilden.

(3) Die Mehrausgaben im Sinne des Absatzes 2 sind auf die Tarifstufen gemäß der Zahl der Leistungsempfänger der jeweiligen Tarifstufe zu verteilen und mit dem Zuschlag nach Absatz 1 gleichmäßig durch alle Versicherten der jeweiligen Tarifstufe der privaten Pflege-Pflichtversicherung zu finanzieren.

(4) Die Erhebung des Zuschlags nach den Absätzen 1 bis 3 bedarf der Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders. § 155 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist entsprechend anzuwenden.

(5) Dem Versicherungsnehmer ist die Höhe des Zuschlags nach Absatz 1 unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe und auf dessen Befristung in Textform mitzuteilen. Der Zuschlag wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung nach Satz 1 folgt. § 205 Absatz 4 des Versicherungsvertragsgesetzes gilt entsprechend.

(6) Der Zuschlag nach Absatz 1 wird nicht für Personen erhoben, die

1. Anspruch auf Arbeitslosengeld haben,
2. Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch haben oder
3. allein durch die Zahlung des Zuschlags hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buches würden.¹⁸¹

§ 111 Risikoausgleich

(1) Die Versicherungsunternehmen, die eine private Pflegeversicherung im Sinne dieses Buches betreiben, müssen sich zur dauerhaften Gewährleistung der Regelungen für die private Pflegeversicherung nach § 110 sowie zur Aufbringung der Fördermittel nach den §§ 45c, 45d und 123 und der Mittel nach § 8 Absatz 9 Satz 1 und 2 und § 125b Absatz 2 Satz 2 am Ausgleich der Versicherungsrisiken beteiligen und dazu ein Ausgleichssystem schaffen und erhalten, dem sie angehören. Das Ausgleichssystem muß einen dauerhaften, wirksamen Ausgleich der unterschiedlichen Belastungen gewährleisten; es darf den Marktzugang neuer Anbieter der privaten Pflegeversicherung nicht erschweren und muß diesen eine Beteiligung an dem Ausgleichssystem zu gleichen Bedingungen ermöglichen. In diesem System werden die Beiträge ohne die Kosten auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle Unternehmen, die eine private Pflegeversicherung betreiben, ermittelt.

(2) Die Errichtung, die Ausgestaltung, die Änderung und die Durchführung des Ausgleichs unterliegen der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.¹⁸²

181 QUELLE

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 32 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Vorschrift eingefügt.

182 ÄNDERUNGEN

Elftes Kapitel
Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen¹⁸³

§ 112 Qualitätsverantwortung

(1) Die Träger der Pflegeeinrichtungen bleiben, unbeschadet des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen (§ 69), für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich. Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 113 sowie die vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale (§ 84 Abs. 5).

(2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen und bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken. Bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88).

(3) Der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. beraten die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken. Die Träger der Prüfinstitutionen sind verpflichtet, durch geeignete organisatorische und technische Maßnahmen sicherzustellen, dass auch in Krisensituationen eine qualifizierte Beratung erfolgen kann. Sie haben diese Maßnahmen im Internet bekannt zu machen.¹⁸⁴

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat in Abs. 1 Satz 1 „sowie zur Aufbringung der Fördermittel nach § 45c“ nach „§ 110“ eingefügt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 68 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 2 „des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen“ durch „der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht“ ersetzt.

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 19 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 1 Satz 1 „und der Mittel nach § 8 Absatz 9 Satz 1 und 2“ nach „§ 45c“ eingefügt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 35 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 1 Satz 1 „§ 45c“ durch „den §§ 45c, 45d und 123“ ersetzt und „und § 125b Absatz 2 Satz 2“ nach „und 2“ eingefügt.

183 ÄNDERUNGEN

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 23 und 24 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat die Überschrift des Kapitels neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Bußgeldvorschrift“.

184 ÄNDERUNGEN

01.04.1995.—Artikel 1 Nr. 35 des Gesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) hat in Abs. 3 „ , für die Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 Nr. 1 und 6 ist die Pflegekasse des Wohnortes des Versicherungspflichtigen“ nach „Bundesversicherungsamt“ gestrichen.

UMNUMMERIERUNG

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat § 112 in § 121 unnummeriert.

QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 69 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat die Vorschrift umfassend geändert. Die Vorschrift lautete:

„§ 112 Grundsätze

(1) Die Träger der Pflegeeinrichtungen bleiben, unbeschadet des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen (§ 69), für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und

§ 112a Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten

(1) Bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 gelten für die Betreuungsdienste die Vorschriften des Elften Kapitels für ambulante Pflegedienste nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Der Medizinische Dienst Bund beschließt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter Beteiligung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste. Dabei sind die in dem Modellvorhaben zugrunde gelegten Vorgaben zu beachten. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Betreuungsaufgaben können die nach den Richtlinien erforderlichen Qualifikationen auch berufsbegleitend erwerben. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 bei der Erarbeitung oder bei einer Änderung des Beschlusses mit.

(3) Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene bei der Erarbeitung oder bei einer Änderung des Beschlusses zu beteiligen. Ihnen ist innerhalb einer angemessenen Frist vor der Beschlussfassung und unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung über den Inhalt der Richtlinien einzubeziehen.

Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich. Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 80 sowie in den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen nach § 80a.

(2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen und in regelmäßigen Abständen die erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen; bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88).

(3) Die Pflegeeinrichtungen haben auf Verlangen der Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den von den Landesverbänden bestellten Sachverständigen die Prüfung der erbrachten Leistungen und deren Qualität durch Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichende Prüfungen zu ermöglichen. Die Prüfungen sind auf die Qualität, die Versorgungsabläufe und die Ergebnisse der in Absatz 2 genannten Leistungen sowie auf deren Abrechnung zu erstrecken. Soweit ein zugelassener Pflegedienst auch Leistungen nach § 37 des Fünften Buches erbringt, gelten die Sätze 1 und 2 entsprechend.

(4) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll im Rahmen seiner Möglichkeiten die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung beraten, mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken. Ein Anspruch auf Beratung besteht nicht.“

04.08.2011.—Artikel 6 Nr. 2 des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) hat in Abs. 3 „berät“ durch „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. beraten“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 44 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 2 Satz 2 „soziale“ vor „Betreuung“ gestrichen.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 17 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 3 „der Krankenversicherung“ nach „Dienst“ gestrichen.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 36 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 2 Satz 1 „ , Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie“ durch „und“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 36 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 2 und 3 eingefügt.

(4) Die Richtlinien sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

(5) Eine Qualitätsberichterstattung zu Betreuungsdiensten findet in der Übergangszeit bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 nicht statt.

(6) Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund sind unverzüglich im Anschluss an den Richtlinienbeschluss nach Absatz 2 Satz 1 entsprechend anzupassen.¹⁸⁵

§ 113 Maßstäbe und Grundsätze der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen nach Maßgabe von § 118 sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten, teilstationären, vollstationären und Kurzzeitpflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist und flexible Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen umfasst. In den Vereinbarungen sind insbesondere auch Anforderungen an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation zu regeln. Die Anforderungen sind so zu gestalten, dass die Pflegedokumentation in der Regel vollständig in elektronischer Form erfolgen kann. Die Anforderungen dürfen über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen und sollen den Aufwand für Pflegedokumentation in ein angemessenes Verhältnis zu den Aufgaben der pflegerischen Versorgung setzen. In den Vereinbarungen ist zu regeln, welche Fort- und Weiterbildungen ganz oder teilweise in digitaler Form durchgeführt werden können; geeignete Schulungen und Qualifikationsmaßnahmen sind durch die Pflegekassen anzuerkennen. Darüber hinaus ist in den Vereinbarungen zu regeln, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten, die Betreuungsmaßnahmen erbringen, entsprechend den Richtlinien nach § 112a zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste qualifiziert sein müssen. Sie sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegfachlichen Fortschritt anzupassen. Soweit sich in den Pflegeeinrichtungen zeitliche Einsparungen ergeben, die Ergebnis der Weiterentwicklung der Pflegedokumentation auf Grundlage

185 QUELLE

11.05.2019.—Artikel 10 Nr. 9 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 18 lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 „Nummer 1“ durch „Nummer 3“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 18 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt bis zum 31. Juli 2019 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und“ durch „Medizinische Dienst Bund beschließt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter Beteiligung“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 18 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 18 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 5 „Nummer 1“ durch „Nummer 3“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 18 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 6 „Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen“ durch „Medizinischen Dienstes Bund“ ersetzt.

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 33 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

des pflegfachlichen Fortschritts durch neue, den Anforderungen nach Satz 4 entsprechende Pflegedokumentationsmodelle sind, führen diese nicht zu einer Absenkung der Pflegevergütung, sondern wirken der Arbeitsverdichtung entgegen. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen und gelten vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(1a) In den Maßstäben und Grundsätzen für die stationäre Pflege nach Absatz 1 ist insbesondere das indikatorengestützte Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht, zu beschreiben. Insbesondere sind die Indikatoren, das Datenerhebungsinstrument sowie die bundesweiten Verfahren für die Übermittlung, Auswertung und Bewertung der Daten sowie die von Externen durchzuführende Prüfung der Daten festzulegen. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten, insbesondere sind personenbezogene Daten von Versicherten vor der Übermittlung an die fachlich unabhängige Institution nach Absatz 1b zu pseudonymisieren. Eine Wiederherstellung des Personenbezugs durch die fachlich unabhängige Institution nach Absatz 1b ist ausgeschlossen. Ein Datenschutzkonzept ist mit den zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörden abzustimmen. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit beschließen die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 unverzüglich die Vergabe der Aufträge nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und 2.

(1b) Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen im Rahmen eines Vergabeverfahrens eine fachlich unabhängige Institution, die entsprechend den Festlegungen nach Absatz 1a erhobene Daten zusammenzuführen sowie leistungserbringerbeziehbar und fallbeziehbar nach Maßgabe von Absatz 1a auszuwerten. Zum Zweck der Prüfung der von den Pflegeeinrichtungen erbachten Leistungen und deren Qualität nach den §§ 114 und 114a sowie zum Zweck der Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a übermittelt die beauftragte Institution die Ergebnisse der nach Absatz 1a ausgewerteten Daten an die Landesverbände der Pflegekassen und die von ihnen beauftragten Prüfinstitutionen und Sachverständigen; diese dürfen die übermittelten Daten zu den genannten Zwecken verarbeiten. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 vereinbaren diesbezüglich entsprechende Verfahren zur Übermittlung der Daten. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind jeweils zu beachten. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen unverzüglich Auskunft über den Stand der Bearbeitung ihrer Aufgaben zu geben. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 legen dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. Januar 2018 einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung ihrer Aufgaben vor, aus dem einzelne Umsetzungsschritte erkennbar sind. § 113b Absatz 8 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.

(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. Die am 1. Januar 2016 bestehenden Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege gelten bis zum Abschluss der Vereinbarungen nach Absatz 1 fort.¹⁸⁶

186 QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 70 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 113 Leistungs- und Qualitätsnachweise

(1) Die Träger zugelassener Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, den Landesverbänden der Pflegekassen in regelmäßigen Abständen die von ihnen erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen (Leistungs- und Qualitätsnachweise).

(2) Die Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen nach Absatz 1 ist eine öffentliche Aufgabe. Sie kann wirksam nur durch von den Landes- oder Bundesverbänden der Pflegekassen anerkannte unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen wahrgenommen werden. Die Anerkennung setzt voraus, dass der Sachverständige oder die Prüfstelle die Anforderungen der Rechtsverordnung nach § 118 erfüllt; sie gilt bundesweit, soweit in dem Anerkennungsbescheid nichts anderes bestimmt ist. Die Rechtsaufsicht über Sachverständige oder Prüfstellen, deren Anerkennung sich über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt, führt das Bundesversicherungsamt; die Rechtsaufsicht über Sachverständige oder Prüfstellen, deren Anerkennung sich nicht über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt, führt die nach Landesrecht zuständige Behörde.

(3) Inhalt des Leistungs- und Qualitätsnachweises kann nur die Feststellung sein, dass die geprüfte Pflegeeinrichtung zum Zeitpunkt der Prüfung wenigstens die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch erfüllt. Erfüllt die Einrichtung diese Anforderungen, hat ihr Träger Anspruch auf Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises gegenüber den nach Absatz 2 für die Prüfung verantwortlichen Sachverständigen oder Prüfstellen. Diese haben den Landesverbänden der Pflegekassen, den zuständigen Trägern der Sozialhilfe, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie, bei vollstationärer Pflege, auch der nach Landesrecht für die Durchführung des Heimgesetzes bestimmten Behörde (Heimaufsichtsbehörde) eine Kopie des Leistungs- und Qualitätsnachweises zuzuleiten.

(4) Qualitätsprüfungen nach § 114 können durch Leistungs- und Qualitätsnachweise nach dieser Vorschrift nicht ausgeschlossen oder eingeschränkt werden. Maßnahmen und Prüfungen nach dem Heimgesetz bleiben unberührt.

(5) Ab dem 1. Januar 2004 hat eine Pflegeeinrichtung nur dann Anspruch auf Abschluss einer Vergütungsvereinbarung nach dem Achten Kapitel, wenn sie einen Leistungs- und Qualitätsnachweis vorlegt, dessen Erteilung nicht länger als zwei Jahre zurückliegt.

(6) Für Rechtsstreitigkeiten aus dieser Vorschrift gilt § 73 Abs. 2 entsprechend.“

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 40 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 1 Satz 2 „und gelten vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 40 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 „sowie“ durch ein Komma ersetzt, in Abs. 1 Satz 4 Nr. 3 den Punkt durch „sowie“ ersetzt und Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 40 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „bis zum 31. März 2009“ durch „innerhalb von sechs Monaten, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat,“ ersetzt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 32 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Abs. 1 geändert. Abs. 1 lautete:

„(1) 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 bis zum 31. März 2009 gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängiger Sachverständiger Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen und gelten vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. In den Vereinbarungen nach Satz 1 sind insbesondere auch Anforderungen zu regeln

1. an eine praxistaugliche, den Pflegeprozess unterstützende und die Pflegequalität fördernde Pflegedokumentation, die über ein für die Pflegeeinrichtungen vertretbares und wirtschaftliches Maß nicht hinausgehen dürfen,
2. an Sachverständige und Prüfinstitutionen nach § 114 Abs. 4 im Hinblick auf ihre Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation,

§ 113a¹⁸⁷

3. an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach § 114 Abs. 4, die den jeweils geltenden Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität entsprechen müssen sowie
4. an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht.“

Artikel 1 Nr. 32 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a und 1b eingefügt.

Artikel 1 Nr. 32 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 32 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 3 aufgehoben. Abs. 3 lautete:

„(3) Kommen Vereinbarungen nach Absatz 1 innerhalb von sechs Monaten, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, ganz oder teilweise nicht zustande, kann jede Vertragspartei oder das Bundesministerium für Gesundheit die Schiedsstelle nach § 113b anrufen. Die Schiedsstelle setzt mit der Mehrheit ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarungen fest.“

29.07.2017.—Artikel 9 Nr. 3a lit. a des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) hat Abs. 1b Satz 2 eingefügt.

Artikel 9 Nr. 3a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1b Satz 6 bis 8 eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 132 Nr. 21 lit. a des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 1b Satz 3 „leitet“ durch „übermittelt“ ersetzt sowie „weiter“ nach „Sachverständigen“ und „und nutzen“ am Ende gestrichen.

Artikel 132 Nr. 21 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1b Satz 4 „Weiterleitung“ durch „Übermittlung“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 19 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 1 „Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch „Dienstes Bund“ ersetzt.

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 34 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 1 Satz 1 „und stationären Pflege“ durch „ , teilstationären, vollstationären und Kurzzeitpflege“ ersetzt und „und flexible Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krisensituationen umfasst“ am Ende eingefügt.

Artikel 2 Nr. 34 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Die Maßstäbe und Grundsätze für die stationäre Pflege sind bis zum 30. Juni 2017, die Maßstäbe und Grundsätze für die ambulante Pflege bis zum 30. Juni 2018 zu vereinbaren.“

Artikel 2 Nr. 34 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 1b aufgehoben. Satz 2 lautete: „Das Vergabeverfahren ist spätestens bis zum 15. Januar 2018 einzuleiten und es ist sicherzustellen, dass ein Zuschlag unter Beachtung der vergaberechtlichen Vorgaben zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgt.“

17.09.2022.—Artikel 3 Nr. 2 des Gesetzes vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454) hat Abs. 1 Satz 4 eingefügt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 37 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 37 lit. b desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 8 „Satz 3“ durch „Satz 4“ ersetzt.

187 QUELLE

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 71 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

25.07.2015.—Artikel 6 Nr. 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 33 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 4 „ , die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene“ nach „Bundesebene“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 33 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 5 „und die nach § 118 zu beteiligenden Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen“ nach „Sie“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 33 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat die Sätze 7 und 8 in Abs. 1 aufgehoben. Die Sätze 7 und 8 lauteten: „Kommen solche Beschlüsse nicht zustande, kann jede Vertragspartei sowie das Bun-

§ 113b Qualitätsausschuss

(1) Die von den Vertragsparteien nach § 113 im Jahr 2008 eingerichtete Schiedsstelle Qualitätssicherung entscheidet als Qualitätsausschuss nach Maßgabe der Absätze 2 bis 8. Die Vertragsparteien nach § 113 treffen die Vereinbarungen und erlassen die Beschlüsse nach § 37 Absatz 5 geltenden Fassung, den §§ 113, 115 Absatz 1a, 1c und 3b sowie § 115a Absatz 1 und 2 durch diesen Qualitäts-

desministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Schiedsstelle nach § 113b anrufen. Ein Beschluss der Schiedsstelle, dass ein Expertenstandard gemäß der Verfahrensordnung nach Absatz 2 zustande gekommen ist, ersetzt den Einführungsbeschluss der Vertragsparteien.“

Artikel 1 Nr. 33 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 5 lautete: „Kommt eine Einigung über eine Verfahrensordnung bis zum 30. September 2008 nicht zustande, wird sie durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend festgelegt.“

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 19a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 4 Satz 1 „ „, mit Ausnahme der Kosten für die qualifizierte Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6,“ nach „Expertenstandards“ eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 19 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 4 „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch „Bund“ ersetzt.

AUFHEBUNG

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 38 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 113a Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

(1) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sicher. Expertenstandards tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. Dabei ist das Ziel, auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit Leistungen zur Prävention und zur medizinischen Rehabilitation einzusetzen, zu berücksichtigen. Der Medizinische Dienst Bund, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie unabhängige Sachverständige sind zu beteiligen. Sie und die nach § 118 zu beteiligenden Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen können vorschlagen, zu welchen Themen Expertenstandards entwickelt werden sollen. Der Auftrag zur Entwicklung oder Aktualisierung und die Einführung von Expertenstandards erfolgen jeweils durch einen Beschluss der Vertragsparteien.

(2) Die Vertragsparteien stellen die methodische und pflegfachliche Qualität des Verfahrens der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards und die Transparenz des Verfahrens sicher. Die Anforderungen an die Entwicklung von Expertenstandards sind in einer Verfahrensordnung zu regeln. In der Verfahrensordnung ist das Vorgehen auf anerkannter methodischer Grundlage, insbesondere die wissenschaftliche Fundierung und Unabhängigkeit, die Schrittfolge der Entwicklung, der fachlichen Abstimmung, der Praxiserprobung und der modellhaften Umsetzung eines Expertenstandards sowie die Transparenz des Verfahrens festzulegen. Die Verfahrensordnung ist durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen.

(3) Die Expertenstandards sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich. Die Vertragsparteien unterstützen die Einführung der Expertenstandards in die Praxis.

(4) Die Kosten für die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards, mit Ausnahme der Kosten für die qualifizierte Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6, sind Verwaltungskosten, die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen getragen werden. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 10 vom Hundert an den Aufwendungen nach Satz 1. Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen geleistet werden.“

ausschuss. Die Vertragsparteien nach § 113 treffen auch die zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben und Pflichten nach den Absätzen 4 und 8 sowie nach § 8 Absatz 5 Satz 2 notwendigen Entscheidungen durch den Qualitätsausschuss.

(2) Der Qualitätsausschuss besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (Leistungsträger) und aus Vertretern der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene (Leistungserbringer) in gleicher Zahl; Leistungsträger und Leistungserbringer können jeweils höchstens elf Mitglieder entsenden. Dem Qualitätsausschuss gehören auch ein Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene an; sie werden auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. Dem Qualitätsausschuss kann auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. angehören; die Entscheidung hierüber obliegt dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Sofern der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. ein Mitglied entsendet, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungsträger angerechnet. Dem Qualitätsausschuss soll auch ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe angehören; die Entscheidung hierfür obliegt den Verbänden der Pflegeberufe. Sofern die Verbände der Pflegeberufe ein Mitglied entsenden, wird dieses Mitglied auf die Zahl der Leistungserbringer angerechnet. Eine Organisation kann nicht gleichzeitig der Leistungsträgerseite und der Leistungserbringerseite zugerechnet werden. Jedes Mitglied erhält eine Stimme; die Stimmen sind gleich zu gewichten. Der Medizinische Dienst Bund wirkt in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, beratend mit. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken in den Sitzungen und an den Beschlussfassungen im Qualitätsausschuss, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, nach Maßgabe von § 118 mit.

(3) Kommt im Qualitätsausschuss eine Vereinbarung, ein Beschluss oder eine Entscheidung nach Absatz 1 Satz 2 und 3 ganz oder teilweise nicht durch einvernehmliche Einigung zustande, so wird der Qualitätsausschuss auf Verlangen von mindestens einer Vertragspartei nach § 113, eines Mitglieds des Qualitätsausschusses oder des Bundesministeriums für Gesundheit um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert (erweiterter Qualitätsausschuss). Sofern die Organisationen, die Mitglieder in den Qualitätsausschuss entsenden, nicht bis zum 31. März 2016 die Mitglieder nach Maßgabe von Absatz 2 Satz 1 benannt haben, wird der Qualitätsausschuss durch die drei unparteiischen Mitglieder gebildet. Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter führen ihr Amt als Ehrenamt. Der unparteiische Vorsitzende wird vom Bundesministerium für Gesundheit benannt; der Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragsparteien nach § 113 gemeinsam benannt. Mitglieder des Qualitätsausschusses können nicht als Stellvertreter des unparteiischen Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benannt werden. Kommt eine Einigung über die Benennung der unparteiischen Mitglieder nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Der erweiterte Qualitätsausschuss setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder den Inhalt der Vereinbarungen oder der Beschlüsse der Vertragsparteien nach § 113 fest. Die Festsetzungen des erweiterten Qualitätsausschusses haben die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung, Beschlussfassung oder Entscheidung im Sinne der Absätze 4 und 8, des § 8 Absatz 5 Satz 2, des § 37 Absatz 5, der §§ 113 und 115 Absatz 1a, 1c und 3b.

(3a) Die beschlussfassenden Sitzungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses sind in der Regel öffentlich und werden zeitgleich als Live-Video-Übertragung im Internet angeboten sowie in einer Mediathek zum späteren Abruf verfügbar gehalten. Die nichtöffentlichen Beratungen des Qualitätsausschusses und des erweiterten Qualitätsausschusses, insbesondere auch die Beratungen in den vorbereitenden Gremien, sind einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich.

(4) Die Vertragsparteien nach § 113 beauftragen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben mit Unterstützung der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Diese wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständigen werden beauftragt, insbesondere

1. bis zum 31. März 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der Leistungen, die von den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden, und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege zu entwickeln, wobei
 - a) insbesondere die 2011 vorgelegten Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ und die Ergebnisse der dazu durchgeführten Umsetzungsprojekte einzubeziehen sind und
 - b) Aspekte der Prozess- und Strukturqualität zu berücksichtigen sind;
2. bis zum 31. März 2017 auf der Grundlage der Ergebnisse nach Nummer 1 unter Beachtung des Prinzips der Datensparsamkeit ein bundesweites Datenerhebungsinstrument, bundesweite Verfahren für die Übermittlung und Auswertung der Daten einschließlich einer Bewertungssystematik sowie für die von Externen durchzuführende Prüfung der Daten zu entwickeln;
3. bis zum 30. Juni 2017 die Instrumente für die Prüfung der Qualität der von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und für die Qualitätsberichterstattung in der ambulanten Pflege zu entwickeln, eine anschließende Pilotierung durchzuführen und einen Abschlussbericht bis zum 31. März 2018 vorzulegen;
4. ergänzende Instrumente für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität zu entwickeln;
5. die Umsetzung der nach den Nummern 1 bis 3 entwickelten Verfahren zur Qualitätsmessung und Qualitätsdarstellung wissenschaftlich zu evaluieren und den Vertragsparteien nach § 113 Vorschläge zur Anpassung der Verfahren an den neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu unterbreiten sowie
6. bis zum 31. März 2018 ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln und zu erproben, insbesondere Instrumente zur internen und externen Qualitätssicherung sowie für eine angemessene Qualitätsberichterstattung zu entwickeln und ihre Eignung zu erproben.

Das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit können den Vertragsparteien nach § 113 weitere Themen zur wissenschaftlichen Bearbeitung vorschlagen.

(4a) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen sicher, dass die nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 bis 3 entwickelten Qualitätssysteme dem medizinisch-pflegefachlichen und technischen Fortschritt entsprechend weiterentwickelt werden. Sie haben darauf hinzuwirken, dass die Evaluationsergebnisse nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 umgesetzt und die Berichte des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach § 114c Absatz 3 bei der Weiterentwicklung der Qualitätssysteme nach Satz 1 berücksichtigt werden. Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit bei der Weiterentwicklung der Qualitätssysteme beauftragen die Vertragsparteien fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Für die Erteilung und Bearbeitung der Aufträge gilt Absatz 5 Satz 2 bis 5 entsprechend.

(5) Die Finanzierung der Aufträge nach Absatz 4 und der Aufträge und Vorhaben nach Absatz 4a erfolgt aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4. Bei der Bearbeitung der Aufträge nach Absatz 4 Satz 2 ist zu gewährleisten, dass die Arbeitsergebnisse umsetzbar sind. Der jeweilige Auftragnehmer hat darzulegen, zu welchen finanziellen Auswirkungen die Umsetzung der Arbeitsergebnisse führen wird. Den Arbeitsergebnissen ist diesbezüglich eine Praktikabilitäts- und Kostenanalyse beizufügen. Die Ergebnisse der Arbeiten nach Absatz 4 Satz 2 sind dem Bundesministerium für Gesundheit zur Kenntnisnahme vor der Veröffentlichung vorzulegen.

(6) Die Vertragsparteien nach § 113 richten gemeinsam bis zum 31. März 2016 eine unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses ein. Die Geschäftsstelle nimmt auch die Aufgaben einer wissenschaftlichen Beratungs- und Koordinierungsstelle wahr. Sie soll insbesondere den Qualitätsausschuss und seine Mitglieder fachwissenschaftlich beraten, die Auftragsverfahren nach Absatz 4 koordinieren und die wissenschaftlichen Arbeitsergebnisse für die Entscheidungen im Qualitätsausschuss aufbereiten. Näheres zur Zusammensetzung und Arbeitsweise der qualifizierten Geschäftsstelle regeln die Vertragsparteien nach § 113 in der Geschäftsordnung nach Absatz 7. Die Vertragsparteien richten ab dem 1. September 2023 dauerhaft zusätzlich eine Referentenstelle zur Unterstützung der nach § 118 maßgeblichen Interessensvertretungen beim Qualitätsausschuss Pflege ein. Die Interessensvertretungen haben das Recht, die Stelle zu besetzen und den Arbeitsort in Abstimmung mit der Geschäftsstelle zu bestimmen.

(7) Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren in einer Geschäftsordnung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und mit den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen das Nähere zur Arbeitsweise des Qualitätsausschusses, insbesondere

1. zur Benennung der Mitglieder und der unparteiischen Mitglieder,
2. zur Amtsdauer, Amtsführung und Entschädigung für den Zeitaufwand der unparteiischen Mitglieder,
3. zum Vorsitz,
4. zu den Beschlussverfahren,
5. zur Errichtung einer qualifizierten Geschäftsstelle auch mit der Aufgabe als wissenschaftliche Beratungs- und Koordinierungsstelle nach Absatz 6,
6. zur Sicherstellung der jeweiligen Auftragserteilung nach Absatz 4,
7. zur Einbeziehung weiterer Sachverständiger oder Gutachter,
8. zur Bildung von Arbeitsgruppen,
9. zur Gewährleistung der Beteiligungs- und Mitberatungsrechte nach diesem Gesetz einschließlich der Erstattung von Reisekosten, eines Verdienstausfalls sowie die Zahlung eines Pauschbetrages nach § 118 Absatz 1 Satz 6 sowie
10. zur Verteilung der Kosten für die Entschädigung der unparteiischen Mitglieder und der einbezogenen weiteren Sachverständigen und Gutachter sowie für die Erstattung von Reisekosten nach § 118 Absatz 1 Satz 6; die Kosten können auch den Kosten der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 zugerechnet werden.

Die Geschäftsordnung und die Änderung der Geschäftsordnung sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Kommt die Geschäftsordnung nicht bis zum 29. Februar 2016 zustande, wird ihr Inhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bestimmt.

(8) Die Vertragsparteien nach § 113 sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich zum 1. September über ihre Arbeit, insbesondere über den Stand der Bearbeitung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 2 und über den Stand der Auftragserteilung und Bearbeitung der nach den Absätzen 4 und 4a zu erteilenden Aufträge, sowie über gegebenenfalls erforderliche besondere Maßnahmen zur Einhaltung von Fristen zu berichten. Die besonderen Schwierigkeiten, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben, sind im Einzelnen darzulegen. Die Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen jederzeit einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung ihrer Aufgaben vor, aus dem einzelne Umsetzungsschritte erkennbar sind. Der Zeitplan ist durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Die Vertragsparteien nach § 113 sind verpflichtet, das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich zu informieren, wenn absehbar ist, dass ein Zeitziel des Zeitplans nicht eingehalten werden kann. In diesem Fall kann das Bundesministerium

für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einzelne Umsetzungsschritte im Wege der Ersatzvornahme selbst vornehmen.

(9) Die durch den Qualitätsausschuss getroffenen Entscheidungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen, ausgenommen sind die zur Wahrnehmung der Aufgabe nach § 8 Absatz 5 Satz 2 getroffenen Entscheidungen. Es kann die Entscheidungen innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Prüfung vom Qualitätsausschuss zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Nichtbeanstandung von Entscheidungen kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. Kommen Entscheidungen des Qualitätsausschusses ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande oder werden die Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das Bundesministerium für Gesundheit den Inhalt der Vereinbarungen und der Beschlüsse nach Absatz 1 Satz 2 festsetzen. Bei den Verfahren nach den Sätzen 1 bis 6 setzt sich das Bundesministerium für Gesundheit mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ins Benehmen. Bezüglich der Vereinbarungen nach § 115 Absatz 3b setzt sich das Bundesministerium für Gesundheit bei den Verfahren nach den Sätzen 1 bis 6 darüber hinaus mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales ins Benehmen.

(10) Gegen eine Entscheidung des Qualitätsausschusses nach Absatz 1 und gegen Anordnungen und Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 9 Satz 2, 3, 5 und 6 ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.¹⁸⁸

188 QUELLE

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 71 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 34 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 113b Schiedsstelle Qualitätssicherung

(1) Die Vertragsparteien nach § 113 richten gemeinsam bis zum 30. September 2008 eine Schiedsstelle Qualitätssicherung ein. Diese entscheidet in den ihr nach diesem Gesetz zugewiesenen Fällen. Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage gegen die Entscheidung der Schiedsstelle hat keine aufschiebende Wirkung.

(2) Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter werden von den Vertragsparteien gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden die unparteiischen Mitglieder und ihre Vertreter bis zum 31. Oktober 2008 durch den Präsidenten des Bundessozialgerichts berufen. Der Schiedsstelle gehört auch ein Vertreter der Arbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und ein Vertreter der kommunalen Spitzenverbände an; sie werden auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen angerechnet. Der Schiedsstelle kann auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. angehören, dieser wird auch auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen angerechnet. Ein Vertreter der Verbände der Pflegeberufe kann der Schiedsstelle unter Anrechnung auf die Zahl der Vertreter der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen angehören. Soweit die beteiligten Organisationen bis zum 30. September 2008 keine Mitglieder bestellen, wird die Schiedsstelle durch die drei vom Präsidenten des Bundessozialgerichts berufenen unparteiischen Mitglieder gebildet.

(3) Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren in einer Geschäftsordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle sowie die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren und die Verteilung der Kosten. Kommt die Geschäfts-

ordnung bis zum 30. September 2008 nicht zustande, wird ihr Inhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt. Entscheidungen der Schiedsstelle sind mit der Mehrheit ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten zu treffen; im Übrigen gilt § 76 Abs. 3 entsprechend.

(4) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit. Es kann die Rechtsaufsicht ganz oder teilweise sowie dauerhaft oder vorübergehend auf das Bundesversicherungsamt übertragen.“

01.12.2016.—Artikel 1 Nr. 20 lit. e und f des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat Abs. 8 in Abs. 9 unnummeriert und Abs. 8 eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 20 lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 1 Satz 2 „und § 115a“ durch „und 1c sowie § 115a“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 9 „beratend“ nach „§ 118“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 20 lit. c desselben Gesetzes hat Nr. 6 in Abs. 4 Satz 2 neu gefasst. Nr. 6 lautete:

„6. ein Konzept für eine Qualitätssicherung in neuen Wohnformen zu entwickeln.“

Artikel 1 Nr. 20 lit. d litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 Nr. 9 „einschließlich der Erstattung von Reisekosten nach § 118 Absatz 1 Satz 6“ nach „Gesetz“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 20 lit. d litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 Nr. 10 „sowie für die Erstattung von Reisekosten nach § 118 Absatz 1 Satz 6; die Kosten können auch den Kosten der qualifizierten Geschäftsstelle nach Absatz 6 zugerechnet werden“ am Ende eingefügt.

29.07.2017.—Artikel 9 Nr. 3b lit. a litt. aa des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) hat in Abs. 1 Satz 2 „in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, den §§ 113, 113a, 115 Absatz 1a und 1c“ durch „, den §§ 113, 113a, 115 Absatz 1a, 1c und 3b“ ersetzt.

Artikel 9 Nr. 3b lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

Artikel 9 Nr. 3b lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „oder ein Beschluss nach Absatz 1 Satz 2“ durch „, ein Beschluss oder eine Entscheidung nach Absatz 1 Satz 2 und 3“ ersetzt.

Artikel 9 Nr. 3b lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 8 „oder Beschlussfassung im Sinne von § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, von den §§ 113, 113a und 115 Absatz 1a“ durch „, Beschlussfassung oder Entscheidung im Sinne der Absätze 4 und 8, des § 37 Absatz 5, der §§ 113, 113a und 115 Absatz 1a, 1c und 3b“ ersetzt.

Artikel 9 Nr. 3b lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „durch den Qualitätsausschuss“ nach „Aufgaben“ gestrichen.

Artikel 9 Nr. 3b lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 9 Satz 8 eingefügt.

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 20 lit. a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 1 Satz 3 „sowie nach § 8 Absatz 5 Satz 2“ nach „und 8“ eingefügt.

Artikel 11 Nr. 20 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 8 „des § 8 Absatz 5 Satz 2,“ nach „und 8,“ eingefügt.

Artikel 11 Nr. 20 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 9 Satz 1 „, ausgenommen sind die zur Wahrnehmung der Aufgabe nach § 8 Absatz 5 Satz 2 getroffenen Entscheidungen“ am Ende eingefügt.

16.08.2019.—Artikel 10c Nr. 1 des Gesetzes vom 9. August 2019 (BGBl. I S. 1202) hat in Abs. 2 Satz 1 „zehn“ durch „elf“ ersetzt.

Artikel 10c Nr. 2 desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 5 „er wird auf die Zahl der Leistungserbringer angerechnet“ durch „die Entscheidung hierfür obliegt den Verbänden der Pflegeberufe“ ersetzt.

Artikel 10c Nr. 3 desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 6 eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 19 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 2 Satz 9 „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch „Bund“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 19a desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 Nr. 9 „, eines Verdienstaufschlags sowie die Zahlung eines Pauschbetrages“ nach „Reisekosten“ eingefügt.

28.03.2020.—Artikel 4 Nr. 3 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) hat in Abs. 6 Satz 1 „für die Dauer von fünf Jahren“ nach „Qualitätsausschusses“ gestrichen.

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 35 lit. a des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 4a eingefügt.

Artikel 2 Nr. 35 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „und der Aufträge und Vorhaben nach Absatz 4a“ nach „nach Absatz 4“ eingefügt.

Artikel 2 Nr. 35 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 10 eingefügt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 39 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 1 Satz 2 „§§ 113, 113a, 115“ durch „§§ 113, 115“ ersetzt.

§ 113c Personalbemessung in vollstationären Pflegeeinrichtungen

(1) Ab dem 1. Juli 2023 kann in den Pflegesatzvereinbarungen nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen höchstens die sich aus nachfolgenden Personalanhaltswerten ergebende personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden:

1. für Hilfskraftpersonal ohne Ausbildung nach Nummer 2
 - a) 0,0872 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,
 - b) 0,1202 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,
 - c) 0,1449 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,
 - d) 0,1627 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4,
 - e) 0,1758 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5,
2. für Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr
 - a) 0,0564 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,
 - b) 0,0675 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,
 - c) 0,1074 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,
 - d) 0,1413 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4,
 - e) 0,1102 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5,
3. für Fachkraftpersonal
 - a) 0,0770 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,
 - b) 0,1037 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,
 - c) 0,1551 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,
 - d) 0,2463 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4,
 - e) 0,3842 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5.

(2) Abweichend von Absatz 1 kann ab dem 1. Juli 2023 eine höhere personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart werden, wenn

1. in der bestehenden Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 bereits eine personelle Ausstattung vereinbart ist, die über die personelle Ausstattung nach Absatz 1 hinausgeht und diese personelle Ausstattung von der Pflegeeinrichtung vorgehalten wird, oder
2. in dem am 30. Juni 2023 geltenden Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 eine höhere personelle Ausstattung für Fachkraftpersonal geregelt ist, als nach Absatz 1 Nummer 3 vereinbart werden kann, oder

Artikel 1 Nr. 39 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 8 „§§ 113, 113a“ durch „§§ 113“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 39 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 39 lit. d desselben Gesetzes hat die Sätze 5 und 6 in Abs. 4a aufgehoben. Die Sätze 5 und 6 lauteten: „Die Vertragsparteien nach § 113 legen dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung ihrer Aufgaben und Vorhaben vor, aus dem die einzelnen Umsetzungsschritte erkennbar sind. Es besteht ein Genehmigungsvorbehalt, eine Informationspflicht und die Möglichkeit der Ersatzvornahme entsprechend Absatz 8 Satz 3 bis 5.“

Artikel 1 Nr. 39 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 6 Satz 5 und 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 39 lit. f desselben Gesetzes hat die Sätze 1 und 2 in Abs. 8 durch die Sätze 1 bis 3 ersetzt. Die Sätze 1 und 2 lauteten: „Die Vertragsparteien nach § 113 sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen unverzüglich Auskunft über den Stand der Bearbeitung der mit gesetzlichen Fristen versehenen Aufgaben nach Absatz 1 Satz 2 und über den Stand der Auftragserteilung und Bearbeitung der nach Absatz 4 zu erteilenden Aufträge sowie über erforderliche besondere Maßnahmen zur Einhaltung der gesetzlichen Fristen zu geben. Die Vertragsparteien legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 15. Januar 2017 einen konkreten Zeitplan für die Bearbeitung der mit gesetzlichen Fristen versehenen Aufgaben nach Absatz 1 Satz 2 und der Aufträge nach Absatz 4 vor, aus dem einzelne Umsetzungsschritte erkennbar sind.“

3. die Pflegeeinrichtung sachliche Gründe für die Überschreitung der personellen Ausstattung nach Absatz 1 darlegen kann.

Als sachlicher Grund nach Satz 1 Nummer 3 gilt unter anderem die Vereinbarung einer personellen Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal, das

1. auf Grundlage eines entsprechenden betrieblichen Konzepts ganz oder teilweise in Personalpools oder im Rahmen vergleichbarer betrieblicher Ausfallkonzepte tätig ist, mit denen die vertragliche vereinbarte Personalausstattung bei kurzfristigen Personalausfällen oder vorübergehend nicht besetzbaren Stellen sichergestellt wird, oder
2. für die Zwecke des Modellprojekts nach § 8 Absatz 3b beschäftigt wird.

(3) Sofern ab dem 1. Juli 2023 eine personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal vereinbart wird, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung im Sinne von Absatz 5 Nummer 1 hinausgeht,

1. soll die Pflegeeinrichtung Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung durchführen, die nach § 8 Absatz 3b entwickelt und erprobt wurden, und
2. kann die Pflegeeinrichtung für die Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgeht, auch Pflegehilfskraftpersonal vorhalten,

a) das eine der folgenden Ausbildungen berufsbegleitend durchläuft:

aa) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 eine Ausbildung, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderung beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17.02.2016 B3) erfüllt oder

bb) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 3 eine Ausbildung nach Teil 2, Teil 3 oder Teil 5 des Pflegeberufgesetzes oder einen Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 oder § 41 Absatz 2, Absatz 3, Absatz 4, Absatz 6 oder Absatz 7 des Pflegeberufgesetzes oder

b) das für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 berücksichtigt werden kann, wenn das Bestehen einer berufsqualifizierenden Prüfung aufgrund von berufspraktischen Erfahrungen in der Pflege, sonstigen Qualifizierungsmaßnahmen oder beidem nach landesrechtlichen Regelungen auf die Dauer der in Absatz 1 Nummer 2 genannten Ausbildungen angerechnet werden kann.

Finanziert werden kann auch die Differenz zwischen dem Gehalt der Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung, sofern die Pflegehilfskraft mindestens ein Jahr beruflich tätig war. Finanziert werden können zudem Ausbildungsaufwendungen, soweit diese Aufwendungen nicht von anderer Stelle finanziert werden. Der Durchführung einer Ausbildung nach Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa steht es gleich, wenn die Pflegeeinrichtung nachweist, dass die Ausbildung schnellstmöglich, spätestens jedoch bis zum 30. Dezember 2028, begonnen wird und das Pflegehilfskraftpersonal bei Abschluss der Vereinbarung mindestens fünf Jahre mit im Jahresdurchschnitt mindestens hälftiger Vollzeitbeschäftigung in der Pflege tätig war.

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene geben bis zum 30. Juni 2022 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 den Inhalten der Verträge nach Absatz 5 ab. Sie arbeiten dabei mit den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene sowie den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen eng zusammen. Kommen die Empfehlungen nach Satz 1 nicht innerhalb der dort genannten Frist zustande, wird ein Schiedsgremium aus drei unparteiischen und unabhängigen Schiedspersonen gebildet. Der unparteiische Vorsitzende des Schiedsgremiums und die zwei weiteren un-

parteiischen Mitglieder führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie werden vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene benannt. Kommt eine Einigung über ihre Benennung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, erfolgt die Benennung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Das Schiedsgremium setzt mit der Mehrheit seiner Mitglieder spätestens bis zum Ablauf von zwei Monaten nach seiner Bestellung die Empfehlungen fest. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu gleichen Teilen.

(5) Abweichend von § 75 Absatz 3 Satz 1 sind in den Rahmenverträgen nach § 75 Absatz 1 ab dem 1. Juli 2023 für die vollstationäre Pflege unter Berücksichtigung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 insbesondere zu regeln:

1. die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung, die sich aus den Personalanhaltswerten für das Pflege- und Betreuungspersonal einschließlich des Anteils der ausgebildeten Fachkräfte aus den Vorgaben der zum 30. Juni 2023 geltenden Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 in Verbindung mit landesrechtlichen Vorgaben ergibt; dabei sind auch die Pflegesituation in der Nacht sowie Besonderheiten in Bezug auf Einrichtungsgrößen und Einrichtungskonzeptionen einzubeziehen,
2. besondere Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, für Qualitätsbeauftragte oder für die Praxisanleitung, die zusätzlich zur personellen Ausstattung nach Absatz 1 vereinbart werden können,
3. die erforderlichen Qualifikationen für das Pflege- und Betreuungspersonal, das von der Pflegeeinrichtung für die personelle Ausstattung nach Absatz 1 oder Absatz 2 vorzuhalten ist; bei der personellen Ausstattung mit Fachkräften sollen neben Pflegefachkräften auch andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich vorgehalten werden können; die erforderlichen Qualifikationen für das vorzuhaltende Personal nach Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 2 werden auch eingehalten, wenn hierfür das Personal mit einer jeweils höheren Qualifikation vorgehalten wird; im Fall des § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 bis 3 wird die Eingruppierung und im Fall des § 72 Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 die Zuordnung zu einer Qualifikationsgruppe jeweils durch den konkreten Einsatz bestimmt.

Geregelt werden kann auch, dass die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 Nummer 1 weiter nach Qualifikationen unterteilt werden. § 75 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. Ab dem 1. Juli 2023 gelten die Empfehlungen nach Absatz 4 als unmittelbar verbindlich, soweit die Rahmenverträge nach § 75 Absatz 1 keine Vorgaben nach Satz 1 Nummer 1 bis 3 regeln.

(6) Ab dem 1. Juli 2023 können Anträge auf Vergütungszuschläge zur Finanzierung von zusätzlichen Fachkräften nach § 8 Absatz 6 und von zusätzlichen Pflegehilfskräften nach § 84 Absatz 9 in Verbindung mit § 85 Absatz 9 bis 11 jeweils nicht mehr gestellt werden. Vergütungszuschläge nach Satz 1, die bis zum Beginn des ersten nach dem 1. Juli 2023 stattfindenden Pflegesatzverfahrens vereinbart oder beschieden worden sind, werden in diesem Pflegesatzverfahren in die Pflegesätze nach § 84 Absatz 1 und die Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Absatz 5 übertragen. Die Übertragung hat spätestens bis zum 31. Dezember 2025 zu erfolgen.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft alle zwei Jahre, erstmals im Jahr 2025, eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 und der Grundlagen für die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 1. Die Prüfung erfolgt insbesondere im Hinblick auf

1. die vorliegenden Erkenntnisse aus der wissenschaftlich gestützten Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 8 Absatz 3b,
2. die Erkenntnisse aus dem Bericht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen nach Absatz 8 und

3. die Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich.

Das Bundesministerium für Gesundheit legt unverzüglich im Anschluss an die Prüfung nach Satz 1 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung nach Satz 1 und die tragenden Gründe sowie einen Vorschlag für die weitere Umsetzung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen vor.

(8) Das Bundesministerium für Gesundheit legt alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31. Dezember 2023, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie nach Anhörung der Länder, des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, der Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Träger der Sozialhilfe und der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und der Vereinigungen der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen Zielwerte für eine bundeseinheitliche, mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung fest. Die Festlegung wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31. Dezember 2024, aufgeschlüsselt nach Ländern für den Stichtag 1. November des Berichtsjahres, ob vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die eine Pflegesatzvereinbarung im Sinne von Absatz 1 geschlossen haben, die Zielwerte nach Satz 1 einhalten können und welche Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung durch die Einführung einer bundeseinheitlichen, mindestens zu vereinbarenden personellen Ausstattung zu erwarten wären. Ferner berichtet der Spitzenverband Bund der Pflegekassen über den Umfang des Pflegehilfskraftpersonals, das nach Absatz 2 Nummer 1 die Personalanhaltswerte nach Absatz 1 Nummer 1 überschreitet, und über den Umfang des Pflegehilfskraftpersonals, das nach Absatz 3 vorgehalten wird. Die Grundlagen des Berichts nach den Sätzen 3 und 4 legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 30. September 2023 fest. Die Grundlagen des Berichts bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.¹⁸⁹

189 QUELLE

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 35 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 20a lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 1 Satz 3 „neuen“ durch „ab dem 1. Januar 2017 geltenden“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 20a lit. b desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 2 durch die Sätze 1 und 2 ersetzt. Satz 1 lautete: „Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene und die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen sind zu beteiligen.“

29.07.2017.—Artikel 9 Nr. 3c lit. a des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) hat Abs. 1 Satz 6 eingefügt.

Artikel 9 Nr. 3c lit. b desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 7 „Hierbei“ durch „Bei den Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 6“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 19 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 2 Satz 1 „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch „Bund“ ersetzt.

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 36 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 113c Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen

(1) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicher. Die Entwicklung und Erprobung ist bis zum 30. Juni 2020 abzuschließen. Es ist ein strukturiertes, empirisch abgesicher-

tes und valides Verfahren für die Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen auf der Basis des durchschnittlichen Versorgungsaufwands für direkte und indirekte pflegerische Maßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung unter Berücksichtigung der fachlichen Ziele und Konzeption des ab dem 1. Januar 2017 geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erstellen. Hierzu sind einheitliche Maßstäbe zu ermitteln, die insbesondere Qualifikationsanforderungen, quantitative Bedarfe und die fachliche Angemessenheit der Maßnahmen berücksichtigen. Die Vertragsparteien beauftragen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige. Soweit bei der Entwicklung und Erprobung des Verfahrens eine modellhafte Vorgehensweise erforderlich ist, kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels sowie von § 36 und zur Entwicklung besonders pauschalierter Pflegesätze von § 84 Absatz 2 Satz 2 abgewichen werden. Bei den Aufgaben nach den Sätzen 1 bis 6 sollen die Vertragsparteien von der unabhängigen qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 unterstützt werden.

(2) Der Medizinische Dienst Bund, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene wirken beratend mit. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Für die Arbeitsweise der Vertragsparteien soll im Übrigen die Geschäftsordnung nach § 113b Absatz 7 entsprechende Anwendung finden.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit legt im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter Beteiligung der Vertragsparteien nach § 113 unverzüglich in einem Zeitplan konkrete Zeitziele für die Entwicklung, Erprobung und die Auftragsvergabe fest. Die Vertragsparteien nach § 113 sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen unverzüglich Auskunft über den Bearbeitungsstand der Entwicklung, Erprobung und der Auftragsvergabe sowie über Problembereiche und mögliche Lösungen zu geben.

(4) Wird ein Zeitziel nach Absatz 3 nicht fristgerecht erreicht und ist deshalb die fristgerechte Entwicklung, Erprobung oder Auftragsvergabe gefährdet, kann das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einzelne Verfahrensschritte im Wege der Ersatzvornahme selbst durchführen. Haben die Vertragsparteien nach § 113 sich bis zum 31. Dezember 2016 nicht über die Beauftragung gemäß Absatz 1 Satz 2 geeinigt, bestimmen das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend innerhalb von vier Monaten das Verfahren und die Inhalte der Beauftragung.“

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 40 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 40 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Nr. 2 in Abs. 3 Satz 1 neu gefasst. Nr. 2 lautete:

„2. kann die Pflegeeinrichtung für die Stellenanteile der personellen Ausstattung, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgeht, auch Pflegehilfskraftpersonal vorhalten, das folgende Ausbildungen berufsbegleitend absolviert:

- a) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 2 Ausbildungen nach § 12 Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes und
- b) für Stellenanteile nach Absatz 1 Nummer 3 eine Ausbildung nach § 5 des Pflegeberufegesetzes.“

Artikel 1 Nr. 40 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 3 Satz 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 40 lit. c desselben Gesetzes hat Nr. 2 und 3 in Abs. 5 Satz 1 neu gefasst. Nr. 2 und 3 lauten:

- „2. besondere Personalbedarfe beispielsweise für die Pflegedienstleitung, für die Qualitätsbeauftragte oder für die Praxisanleitung,
3. die erforderlichen Qualifikationen für das Pflege- und Betreuungspersonal, das von der Pflegeeinrichtung für die personelle Ausstattung nach Absatz 1 oder Absatz 2 vorzuhalten ist; bei der personellen Ausstattung mit Fachkräften sollen neben Pflegefachkräften auch andere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich vorgehalten werden können.“

Artikel 1 Nr. 40 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 7 durch Abs. 7 und 8 ersetzt. Abs. 7 lautete:

„(7) Das Bundesministerium für Gesundheit prüft im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales unmittelbar nach Vorlage der erforderlichen Daten und Ergebnisse durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Satz 3, ob eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 und der Personalan-

§ 114 Qualitätsprüfungen

(1) Zur Durchführung einer Qualitätsprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst, dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Umfang von 10 Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge oder den von ihnen bestellten Sachverständigen einen Prüfauftrag. Der Prüfauftrag enthält Angaben zur Prüffart, zum Prüfgegenstand und zum Prüfumfang. Die Prüfung erfolgt als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung. Die Pflegeeinrichtungen haben die ordnungsgemäße Durchführung der Prüfungen zu ermöglichen. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind ab dem 1. Januar 2014 verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen unmittelbar nach einer Regelprüfung darüber zu informieren, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in den Einrichtungen geregelt sind. Sie sollen insbesondere auf Folgendes hinweisen:

1. auf den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung der Einrichtung in Ärztenetze,
2. auf den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken sowie
3. ab dem 1. Juli 2016 auf die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz.

Wesentliche Änderungen hinsichtlich der ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung, der Arzneimittelversorgung sowie der Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz sind den Landesverbänden der Pflegekassen innerhalb von vier Wochen zu melden.

(2) Die Landesverbände der Pflegekassen veranlassen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen bis zum 31. Dezember 2010 mindestens einmal und ab dem Jahre 2011 regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. oder durch von ihnen bestellte Sachverständige (Regelprüfung). Die Richtlinien nach § 114c zur Verlängerung des Prüfrhythmus bei guter Qualität sind zu beachten. Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen die Prüfaufträge für zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage der von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Ergebnisse. Zu prüfen ist, ob die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und nach den auf dieser Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind. Die Regelprüfung erfasst insbesondere wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität). Sie kann auch auf den Ablauf, die Durchführung und die Evaluation der Leistungserbringung (Prozessqualität) sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität) erstreckt werden. Die Regelprüfung bezieht sich auf die Qualität der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege, der Betreuung einschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung im Sin-

haltszahlen nach Absatz 5 Nummer 1 möglich und notwendig ist. Die Prüfung erfolgt insbesondere im Hinblick auf

1. die Erkenntnisse aus der wissenschaftlich gestützten Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 8 Absatz 3b,
2. die in den Ländern durchschnittlich nach den Absätzen 1 und 2 vereinbarte personelle Ausstattung mit Pflege- und Betreuungspersonal, die über die mindestens zu vereinbarende personelle Ausstattung hinausgeht, und
3. die Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im Pflegebereich.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen stellt dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 1. April 2025 die erforderlichen Daten und Ergebnisse für die Prüfung nach Satz 1 und 2 zur Verfügung. Die Bundesregierung legt dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat innerhalb von sechs Monaten nach der Vorlage der Daten und Ergebnisse durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen einen Bericht über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe sowie einen Vorschlag für die weitere Umsetzung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs nach qualitativen und quantitativen Maßstäben für vollstationäre Pflegeeinrichtungen vor.“

ne des § 43b, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) und der Zusatzleistungen (§ 88). Auch die nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege sind in die Regelprüfung einzubeziehen, unabhängig davon, ob von der Pflegeversicherung Leistungen nach § 36 erbracht werden. In die Regelprüfung einzubeziehen sind auch Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches, die auf der Grundlage eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen gemäß § 132l Absatz 5 Nummer 4 des Fünften Buches erbracht werden, unabhängig davon, ob von der Pflegeversicherung Leistungen nach § 36 erbracht werden. In den Fällen nach Satz 10 ist in die Regelprüfung mindestens eine Person, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege an einem der in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches genannten Orte erhält, einzubeziehen. Die Regelprüfung umfasst auch die Abrechnung der genannten Leistungen. Zu prüfen ist auch, ob die Versorgung der Pflegebedürftigen den Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe nach § 23 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes entspricht und, sofern stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2 geprüft werden, ob die Verpflichtung zur Übermittlung von Daten nach § 35 Absatz 6 des Infektionsschutzgesetzes erfüllt wurde.

(2a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich das Nähere zur Durchführbarkeit von Prüfungen, insbesondere, unter welchen Voraussetzungen Prüfaufträge angesichts der aktuellen Infektionslage angemessen sind und welche spezifischen Vorgaben, insbesondere zur Hygiene, zu beachten sind. Dabei sind insbesondere die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu berücksichtigen. Der Beschluss nach Satz 1 ist entsprechend der Entwicklung der SARS-CoV-2-Pandemie vom Medizinischen Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu aktualisieren. Er ist für die Landesverbände der Pflegekassen, die Medizinischen Dienste und den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich.

(3) Die Landesverbände der Pflegekassen haben im Rahmen der Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden (§ 117) vor einer Regelprüfung insbesondere zu erfragen, ob Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen in einer Prüfung der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde oder in einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren berücksichtigt worden sind. Hierzu können auch Vereinbarungen auf Landesebene zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden sowie den für weitere Prüfverfahren zuständigen Aufsichtsbehörden getroffen werden. Um Doppelprüfungen zu vermeiden, haben die Landesverbände der Pflegekassen den Prüfungsumfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern, wenn

1. die Prüfungen nicht länger als neun Monate zurückliegen,
2. die Prüfergebnisse nach pflegefachlichen Kriterien den Ergebnissen einer Regelprüfung gleichwertig sind und
3. die Veröffentlichung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität gemäß § 115 Absatz 1a gewährleistet ist.

Die Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass von einer Verringerung der Prüfpflicht abgesehen wird.

(4) Bei Anlassprüfungen geht der Prüfauftrag in der Regel über den jeweiligen Prüfanlass hinaus; er umfasst eine vollständige Prüfung mit dem Schwerpunkt der Ergebnisqualität. Gibt es im Rahmen einer Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung sachlich begründete Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege bei Pflegebedürftigen, auf die sich die Prüfung nicht erstreckt, sind die betroffenen Pflegebedürftigen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in die Prüfung einzubeziehen. Die Prüfung ist insgesamt als Anlassprüfung durchzuführen. Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung kann von den Landesverbänden der Pflege-

kassen eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Abs. 2 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind.¹⁹⁰

190 QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2005.—Artikel 10 Nr. 11 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) hat in Abs. 6 Satz 1 „Sozialhilfeträgers“ durch „Trägers der Sozialhilfe“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 72 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 114 Örtliche Prüfung

(1) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen sind in Wahrnehmung ihres Prüfauftrags nach § 112 Abs. 3 berechtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die ambulanten oder stationären zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch weiterhin erfüllen. Soweit eine Pflegeeinrichtung einen Leistungs- und Qualitätsnachweis nach § 113 vorlegt, dessen Erteilung nicht länger als ein Jahr zurückliegt, ist dies bei der Bestimmung von Zeitpunkt und Umfang der Prüfungen nach Satz 1 angemessen zu berücksichtigen.

(2) Bei teil- oder vollstationärer Pflege sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, zum Zwecke der Qualitätssicherung die für das Pflegeheim benutzten Grundstücke und Räume jederzeit angemeldet oder unangemeldet zu betreten, dort Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen, sich mit den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen oder Betreuern in Verbindung zu setzen sowie die Beschäftigten und den Heimbeirat oder den Heimfürsprecher zu befragen. Prüfungen und Besichtigungen zur Nachtzeit sind nur zulässig, wenn und soweit das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Zeiten nicht erreicht werden kann. Soweit Räume einem Wohnrecht der Heimbewohner unterliegen, dürfen sie ohne deren Zustimmung nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll die zuständige Heimaufsichtsbehörde an unangemeldeten Prüfungen beteiligen, soweit dadurch die Prüfung nicht verzögert wird.

(3) Bei der ambulanten Pflege sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Zustimmung des Pflegebedürftigen auch in dessen Wohnung zu überprüfen. Soweit der Pflegedienst auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 des Fünften Buches erbringt, sind diese in die Prüfung nach Satz 1 einzubeziehen. Dabei ist auch zu prüfen, ob die Versorgung des Pflegebedürftigen den Anforderungen des § 2 Nr. 8 in Verbindung mit § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes entspricht. Im Übrigen gilt Absatz 2 entsprechend.

(4) Unabhängig von ihren eigenen Prüfungsbefugnissen nach den Absätzen 1 bis 3 sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen befugt, sich sowohl an angemeldeten als auch an unangemeldeten Überprüfungen von zugelassenen Pflegeheimen zu beteiligen, soweit sie von der zuständigen Heimaufsichtsbehörde nach Maßgabe des Heimgesetzes durchgeführt werden. Sie haben in diesem Fall ihre Mitwirkung an der Überprüfung des Heims auf den Bereich der Qualitätssicherung nach diesem Buch zu beschränken.

(5) Soweit ein Pflegebedürftiger in den Fällen der Absätze 2 und 3 die Zustimmung nicht selbst erteilen kann, darf sie nur durch eine vertretungsberechtigte Person oder einen bestellten Betreuer ersetzt werden.

(6) Auf Verlangen sind Vertreter der betroffenen Pflegekassen oder ihrer Verbände, des zuständigen Trägers der Sozialhilfe sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. an den Prüfungen nach den Absätzen 1 bis 3 zu beteiligen. Der Träger der Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass eine Vereinigung, deren Mitglied er ist (Trägervereinigung), an der Prüfung nach den Absätzen 1 bis 3 beteiligt wird. Ausgenommen ist eine Beteiligung nach Satz 1 oder 2, soweit dadurch die Durchführung einer Prüfung voraussichtlich verzögert wird.“

01.10.2009.—Artikel 2 Abs. 1 Nr. 4 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2319) hat in Abs. 3 „zuständigen Heimaufsichtsbehörde“ durch „nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde“ ersetzt.

04.08.2011.—Artikel 6 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) hat in Abs. 1 Satz 1 „ , dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Umfang von 10 Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge“ nach „Krankenversicherung“ eingefügt.

Artikel 6 Nr. 3 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „ , den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ nach „Krankenversicherung“ eingefügt.

Artikel 6 Nr. 3 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 7 „Abs. 2“ durch „Absatz 1“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 3 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 3 „oder den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ nach „Krankenversicherung“ eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 41 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat Abs. 1 Satz 5 bis 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 41 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Landesverbände der Pflegekassen haben den Prüfumfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern, soweit ihnen auf Grund einer Prüfung der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde oder aus einem nach Landesrecht durchgeführten Prüfverfahren Erkenntnisse darüber vorliegen, dass die Qualitätsanforderungen nach diesem Buch und den auf seiner Grundlage abgeschlossenen vertraglichen Vereinbarungen erfüllt sind.“

Artikel 1 Nr. 41 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 5 Satz 4 und 5 eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 27 lit. a des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat Abs. 5 Satz 2 und 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 27 lit. b desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 5 Satz 6 „Sätze 2 und 3“ durch „Sätze 4 und 5“ ersetzt.

08.12.2015.—Artikel 3 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2114) hat Satz 6 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 6 lautete: „Sie sollen insbesondere hinweisen auf

1. den Abschluss und den Inhalt von Kooperationsverträgen oder die Einbindung der Einrichtung in Ärztenetze sowie
2. den Abschluss von Vereinbarungen mit Apotheken.“

Artikel 3 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 7 „sowie der Arzneimittelversorgung“ durch „ , der Arzneimittelversorgung sowie der Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz“ ersetzt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 36 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Satz 6 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 6 lautete: „Sie kann sich auch auf die Abrechnung der genannten Leistungen erstrecken.“

Artikel 1 Nr. 36 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 „ , insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität,“ nach „Qualität“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 36 lit. c und d desselben Gesetzes hat Abs. 4 aufgehoben und Abs. 5 in Abs. 4 unnummeriert. Abs. 4 lautete:

„(4) Liegen den Landesverbänden der Pflegekassen Ergebnisse zur Prozess- und Strukturqualität aus einer Prüfung vor, die von der Pflegeeinrichtung oder dem Einrichtungsträger veranlasst wurde, so haben sie den Umfang der Regelprüfung in angemessener Weise zu verringern. Voraussetzung ist, dass die vorgelegten Prüfergebnisse nach einem durch die Landesverbände der Pflegekassen anerkannten Verfahren zur Messung und Bewertung der Pflegequalität durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen entsprechend den von den Vertragsparteien nach § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 und 3 festgelegten Anforderungen durchgeführt wurde, die Prüfung nicht länger als ein Jahr zurückliegt und die Prüfungsergebnisse gemäß § 115 Abs. 1a veröffentlicht werden. Eine Prüfung der Ergebnisqualität durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. ist stets durchzuführen.“

Artikel 1 Nr. 36 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 4 Satz 4 „auf Kosten der Pflegeeinrichtung“ nach „Pflegekassen“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 36 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat die Sätze 5 bis 7 im neuen Abs. 4 aufgehoben. Die Sätze 5 bis 7 lauteten: „Auf Antrag und auf Kosten der Pflegeeinrichtung ist eine Wiederholungsprüfung von den Landesverbänden der Pflegekassen zu veranlassen, wenn wesentliche Aspekte der Pflegequalität betroffen sind und ohne zeitnahe Nachprüfung der Pflegeeinrichtung unzumutbare Nachteile drohen. Kosten im Sinne der Sätze 4 und 5 sind nur zusätzliche, tatsächlich bei der Wiederholungsprüfung

§ 114a Durchführung der Qualitätsprüfungen

(1) Der Medizinische Dienst, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen sind im Rahmen ihres Prüfauftrags nach § 114 jeweils berechtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch erfüllen. Die Prüfungen sind grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen. Die Prüfungen in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen

angefallene Aufwendungen, nicht aber Verwaltungs- oder Vorhaltekosten, die auch ohne Wiederholungsprüfung angefallen wären. Pauschalen oder Durchschnittswerte können nicht angesetzt werden.“

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 45 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 2 Satz 5 „sozialen“ nach „Behandlungspflege, der“ gestrichen und „§ 87b“ durch „§ 43b“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 21 lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 2 Satz 5 „ , der Zusatzleistungen (§ 88) und der nach § 37 des Fünften Buches erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege“ durch „und der Zusatzleistungen (§ 88)“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 21 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 6 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 21 lit. c desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 7 „Sie“ durch „Die Regelprüfung“ ersetzt.

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 20a des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat Abs. 2 Satz 2 bis 4 eingefügt.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 20 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 jeweils „der Krankenversicherung“ nach „Dienst“ gestrichen.

01.10.2020.—Artikel 5 Nr. 1 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2208) hat Satz 2 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Abweichend von Satz 1 ist im Zeitraum vom 1. November 2019 bis zum 31. Dezember 2020 in allen zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen nur mindestens einmal eine Prüfung durchzuführen.“

29.10.2020.—Artikel 3 Nr. 7 des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) hat Abs. 2 Satz 10 und 11 eingefügt.

31.03.2021.—Artikel 4 Nr. 2 lit. a des Gesetzes vom 29. März 2021 (BGBl. I S. 370) hat Satz 2 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Abweichend von Satz 1 ist im Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2021 in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen mindestens einmal eine Prüfung durchzuführen.“

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

12.12.2021.—Artikel 15 Nr. 1 des Gesetzes vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162) hat Satz 6 in Abs. 2a aufgehoben. Satz 6 lautete: „Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. September 2021 über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Durchführung von Qualitätsprüfungen in dem in Satz 1 genannten Zeitraum.“

Artikel 15 Nr. 1 desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 2a aufgehoben. Satz 1 lautete: „Abweichend von Absatz 2 Satz 1 ist in dem Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2021 in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen eine Regelprüfung durchzuführen, wenn die Situation vor Ort es aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie zulässt.“

Artikel 15 Nr. 2 desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2a Satz 3 „Satz 2“ durch „Satz 1“ ersetzt.

19.03.2022.—Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 18. März 2022 (BGBl. I S. 466) hat in Abs. 2 Satz 12 „und, sofern stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2 geprüft werden, ob die Verpflichtung zur Übermittlung von Daten nach § 20a Absatz 7 des Infektionsschutzgesetzes erfüllt wurde“ am Ende eingefügt.

17.09.2022.—Artikel 3 Nr. 3 des Gesetzes vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454) hat in Abs. 2 Satz 12 „Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“ durch „Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe“ und „§ 20a Absatz 7“ durch „§ 35 Absatz 6“ ersetzt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 41 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 2a Satz 3 „vom Medizinischen Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit“ nach „SARS-CoV-2-Pandemie“ eingefügt.

sollen unangekündigt erfolgen, wenn die Einrichtung ihrer Verpflichtung nach § 114b Absatz 1 gar nicht nachkommt, die Datenübermittlung unvollständig war oder von der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b mangelnde Plausibilität der übermittelten Daten festgestellt wurde. Der Medizinische Dienst, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen beraten im Rahmen der Qualitätsprüfungen die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung. § 112 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Sowohl bei teil- als auch bei vollstationärer Pflege sind der Medizinische Dienst, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen jeweils berechtigt, zum Zwecke der Qualitätssicherung die für das Pflegeheim benutzten Grundstücke und Räume jederzeit zu betreten, dort Prüfungen und Besichtigungen vorzunehmen, sich mit den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen, vertretungsberechtigten Personen und Betreuern in Verbindung zu setzen sowie die Beschäftigten und die Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner zu befragen. Prüfungen und Besichtigungen zur Nachtzeit sind nur zulässig, wenn und soweit das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Tageszeiten nicht erreicht werden kann. Soweit Räume einem Wohnrecht der Heimbewohner unterliegen, dürfen sie ohne deren Einwilligung nur betreten werden, soweit dies zur Verhütung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist; das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 des Grundgesetzes) wird insoweit eingeschränkt. Bei der ambulanten Pflege sind der Medizinische Dienst, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Einwilligung der von dem Pflegedienst versorgten Person auch in deren Wohnung zu überprüfen. Der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sollen die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde an Prüfungen beteiligen, soweit dadurch die Prüfung nicht verzögert wird.

(3) Die Prüfungen beinhalten auch Inaugenscheinnahmen des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von durch die Pflegeeinrichtung versorgten Personen. Zum gesundheitlichen und pflegerischen Zustand der durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einbezogenen Personen können sowohl diese Personen selbst als auch Beschäftigte der Pflegeeinrichtungen, Betreuer und Angehörige sowie Mitglieder der heimrechtlichen Interessenvertretungen der Bewohnerinnen und Bewohner befragt werden. Bei der Beurteilung der Pflegequalität sind die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme von Personen nach Satz 1 und Befragungen der Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen sowie der durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einbezogenen Personen, ihrer Angehörigen und der vertretungsberechtigten Personen angemessen zu berücksichtigen. Die Teilnahme an Inaugenscheinnahmen und Befragungen ist freiwillig. Durch die Ablehnung dürfen keine Nachteile entstehen. Einsichtnahmen in Pflegedokumentationen, Inaugenscheinnahmen von Personen nach Satz 1 und Befragungen von Personen nach Satz 2 sowie die damit jeweils zusammenhängende Verarbeitung personenbezogener Daten von durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einbezogenen Personen zum Zwecke der Erstellung eines Prüferichts bedürfen der Einwilligung der betroffenen Personen.

(3a) Die Pflegeeinrichtungen haben im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht nach § 114 Absatz 1 Satz 4 insbesondere die Namen und Kontaktdaten der von ihnen versorgten Personen an die jeweiligen Prüfer weiterzuleiten. Die Prüfer sind jeweils verpflichtet, die durch Inaugenscheinnahme nach Absatz 3 Satz 1 in die Qualitätsprüfung einzubeziehenden Personen vor der Durchführung der Qualitätsprüfung in verständlicher Weise über die für die Einwilligung in die Prüfhandlungen nach Absatz 3 Satz 6 wesentlichen Umstände aufzuklären. Ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die die durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einzubeziehende Person in Textform erhält. Die Aufklärung muss so rechtzeitig erfolgen, dass die durch Inaugenscheinnahme in die Prüfung einzubeziehende Person ihre Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann. Die Einwilligung nach Absatz 2 oder Absatz 3 kann erst nach Bekanntgabe der Einbezie-

hung der in Augenschein zu nehmenden Person in die Qualitätsprüfung erklärt werden und muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeignete Weise gegenüber den Prüfern abgegeben werden, die Person des Erklärenden benennen und den Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar machen (Textform). Ist die durch Inaugenscheinnahme einzubeziehende Person einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, wobei dieser nach Maßgabe der Sätze 2 bis 4 aufzuklären ist. Ist ein Berechtigter nicht am Ort einer unangemeldeten Prüfung anwesend und ist eine rechtzeitige Einholung der Einwilligung in Textform nicht möglich, so genügt nach einer den Maßgaben der Sätze 2 bis 4 entsprechenden Aufklärung durch die Prüfer ausnahmsweise eine mündliche Einwilligung, wenn andernfalls die Durchführung der Prüfung erschwert würde. Die mündliche Einwilligung oder Nichteinwilligung des Berechtigten sowie die Gründe für ein ausnahmsweises Abweichen von der erforderlichen Textform sind schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

(4) Auf Verlangen sind Vertreter der betroffenen Pflegekassen oder ihrer Verbände, des zuständigen Sozialhilfeträgers sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. an den Prüfungen nach den Absätzen 1 bis 3 zu beteiligen. Der Träger der Pflegeeinrichtung kann verlangen, dass eine Vereinigung, deren Mitglied er ist (Trägervereinigung), an der Prüfung nach den Absätzen 1 bis 3 beteiligt wird. Ausgenommen ist eine Beteiligung nach Satz 1 oder nach Satz 2, soweit dadurch die Durchführung einer Prüfung voraussichtlich verzögert wird. Unabhängig von ihren eigenen Prüfungsbefugnissen nach den Absätzen 1 bis 3 sind der Medizinische Dienst, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen jeweils befugt, sich an Überprüfungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu beteiligen, soweit sie von der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde nach Maßgabe heimrechtlicher Vorschriften durchgeführt werden. Sie haben in diesem Fall ihre Mitwirkung an der Überprüfung der Pflegeeinrichtung auf den Bereich der Qualitätssicherung nach diesem Buch zu beschränken.

(5) Unterschreitet der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannte, auf das Bundesgebiet bezogene Prüfquote, beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, anteilig bis zu einem Betrag von 10 Prozent an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung stellt jeweils am Ende eines Jahres die Einhaltung der Prüfquote oder die Höhe der Unter- oder Überschreitung sowie die Höhe der durchschnittlichen Kosten von Prüfungen im Wege einer Schätzung nach Anhörung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen fest und teilt diesen jährlich die Anzahl der durchgeführten Prüfungen und bei Unterschreitung der Prüfquote den Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen mit; der Finanzierungsanteil ergibt sich aus der Multiplikation der Durchschnittskosten mit der Differenz zwischen der Anzahl der vom Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. durchgeführten Prüfungen und der in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannten Prüfquote. Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, ist vom Verband der privaten Krankenversicherung e. V. jährlich unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) zu überweisen. Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. muss der Zahlungsaufforderung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung keine Folge leisten, wenn er innerhalb von vier Wochen nach der Zahlungsaufforderung nachweist, dass die Unterschreitung der Prüfquote nicht von ihm oder seinem Prüfdienst zu vertreten ist.

(5a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen vereinbart bis zum 31. Oktober 2011 mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. das Nähere über die Zusammenarbeit bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., insbesondere über Maßgaben zur Prüfquote, Auswahlverfahren der zu prüfenden Pflegeeinrichtungen und Maßnahmen der Qualitätssicherung, sowie zur einheitlichen Veröffentli-

chung von Ergebnissen der Qualitätsprüfungen durch den Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

(6) Die Medizinischen Dienste und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. berichten dem Medizinischen Dienst Bund zum 30. Juni 2020, danach in Abständen von zwei Jahren, über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach diesem Buch, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung. Sie stellen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund die Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten sicher. Der Medizinische Dienst Bund führt die Berichte der Medizinischen Dienste, des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und seine eigenen Erkenntnisse und Erfahrungen zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu einem Bericht zusammen und legt diesen innerhalb eines halben Jahres dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den zuständigen Länderministerien vor.

(7) Der Medizinische Dienst Bund beschließt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich. In den Richtlinien sind die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 zu berücksichtigen. Die Richtlinien für den stationären Bereich sind bis zum 31. Oktober 2017, die Richtlinien für den ambulanten Bereich bis zum 31. Oktober 2018 zu beschließen. Sie treten jeweils gleichzeitig mit der entsprechenden Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a in Kraft. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Richtlinien sind in regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegfachlichen Fortschritt anzupassen. Sie sind durch das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien über die Durchführung der Qualitätsprüfung sind für die Medizinischen Dienste und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich.¹⁹¹

191 QUELLE

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 73 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.10.2009.—Artikel 2 Abs. 1 Nr. 5 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2319) hat Satz 4 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 4 lautete: „Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll die zuständige Heimaufsichtsbehörde an Prüfungen beteiligen, soweit dadurch die Prüfung nicht verzögert wird.“

Artikel 2 Abs. 1 Nr. 5 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 2 Satz 5 „und 5“ durch „und 4“ ersetzt.

Artikel 2 Abs. 1 Nr. 5 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 6 eingefügt.

Artikel 2 Abs. 1 Nr. 5 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 4 „Pflegeheimen“ durch „Pflegeeinrichtungen“ und „zuständigen Heimaufsichtsbehörde“ durch „nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde“ ersetzt.

Artikel 2 Abs. 1 Nr. 5 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 5 „des Heimes“ durch „der Pflegeeinrichtung“ ersetzt.

04.08.2011.—Artikel 6 Nr. 4 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) hat in Abs. 1 Satz 1 „ , der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ nach „Krankenversicherung“ eingefügt.

Artikel 6 Nr. 4 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „ , der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ nach „Krankenversicherung“ eingefügt.

Artikel 6 Nr. 4 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „ , der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ nach „Krankenversicherung“ eingefügt.

Artikel 6 Nr. 4 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 4 „ , der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ nach „Krankenversicherung“ eingefügt.

Artikel 6 Nr. 4 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 6 „soll“ durch „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sollen“ ersetzt.

Artikel 6 Nr. 4 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 4 „ , der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ nach „Krankenversicherung“ eingefügt.

Artikel 6 Nr. 4 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 5 neu gefasst. Abs. 5 lautete:

„(5) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit 10 vom Hundert an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, sofern diese ohne Beteiligung von Vertretern des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. durchgeführt wurden. Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, ist vom Verband der privaten Krankenversicherung e. V. jährlich unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) zu überweisen. Das Bundesversicherungsamt stellt die Höhe der durchschnittlichen Kosten von Prüfungen im Wege einer Schätzung in Abstimmung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. fest und teilt diesem jährlich die Anzahl der durchgeführten Prüfungen und den sich aus der Multiplikation der Durchschnittskosten mit der Anzahl der Prüfungen ergebenden Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen mit.“

Artikel 6 Nr. 4 lit. e desselben Gesetzes hat Abs. 5a eingefügt.

Artikel 6 Nr. 4 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ nach „Krankenversicherung“ eingefügt.

Artikel 6 Nr. 4 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 3 „ , der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ nach „Krankenversicherung“ eingefügt.

Artikel 6 Nr. 4 lit. g litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 „und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ nach „Krankenkassen“ eingefügt.

Artikel 6 Nr. 3 lit. g litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 7 Satz 7 eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 42 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 1 Satz 2 „in stationären Pflegeeinrichtungen“ nach „Prüfungen“ eingefügt.

Artikel 1 Nr. 42 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 42 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 5 in Abs. 2 aufgehoben. Satz 5 lautete: „Soweit ein Pflegebedürftiger die Einwilligung nach den Sätzen 3 und 4 nicht selbst erteilen kann, darf diese nur durch eine vertretungsberechtigte Person oder einen bestellten Betreuer erteilt werden.“

Artikel 1 Nr. 42 lit. c desselben Gesetzes hat die Sätze 3 und 4 in Abs. 3 durch die Sätze 3 bis 5 ersetzt. Die Sätze 3 und 4 lauteten: „Die Teilnahme an Inaugenscheinnahmen und Befragungen ist freiwillig; durch die Ablehnung dürfen keine Nachteile entstehen. Inaugenscheinnahmen von Pflegebedürftigen, Befragungen von Personen nach Satz 2 sowie die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von Pflegebedürftigen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts bedürfen der Einwilligung der betroffenen Pflegebedürftigen.“

Artikel 1 Nr. 42 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 3a eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 37 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 3 „grundsätzlich“ nach „sind“ eingefügt und „ ; Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 37 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3a Satz 3 und 4 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 37 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 7 neu gefasst. Abs. 7 lautete:

„(7) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der pri-

vaten Krankenversicherung e. V. Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114. Er hat die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime, die Verbände der privaten ambulanten Dienste, die Bundesverbände der Pflegeberufe, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Richtlinien sind regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Sie bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien sind für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich.“

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 21a lit. a litt. aa des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 2 Satz 3 „drohender“ durch „dringender“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 21a lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 4 „des Pflegebedürftigen auch in dessen“ durch „der von dem Pflegedienst versorgten Person auch in deren“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 21a lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Die Prüfungen beinhalten auch Inaugenscheinnahmen des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von Pflegebedürftigen. Sowohl Pflegebedürftige als auch Beschäftigte der Pflegeeinrichtungen, Betreuer und Angehörige sowie Mitglieder der heimrechtlichen Interessenvertretungen der Bewohnerinnen und Bewohner können dazu befragt werden. Bei der Beurteilung der Pflegequalität sind die Pflegedokumentation, die Inaugenscheinnahme der Pflegebedürftigen und Befragungen der Beschäftigten der Pflegeeinrichtungen sowie der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der vertretungsberechtigten Personen angemessen zu berücksichtigen. Die Teilnahme an Inaugenscheinnahmen und Befragungen ist freiwillig; durch die Ablehnung dürfen keine Nachteile entstehen. Einsichtnahmen in Pflegedokumentationen, Inaugenscheinnahmen von Pflegebedürftigen und Befragungen von Personen nach Satz 2 sowie die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von Pflegebedürftigen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts bedürfen der Einwilligung der betroffenen Pflegebedürftigen.“

Artikel 1 Nr. 21a lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3a geändert. Abs. 3a lautete:

„(3a) Die Einwilligung nach Absatz 2 oder 3 muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeignete Weise abgegeben werden, die Person des Erklärenden benennen und den Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar machen (Textform). Ist der Pflegebedürftige einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen. Ist ein Berechtigter nicht am Ort einer unangemeldeten Prüfung anwesend und ist eine rechtzeitige Einholung der Einwilligung in Textform nicht möglich, so genügt ausnahmsweise eine mündliche Einwilligung, wenn andernfalls die Durchführung der Prüfung erschwert würde. Die mündliche Einwilligung des Berechtigten sowie die Gründe für ein ausnahmsweises Abweichen von der erforderlichen Textform sind schriftlich zu dokumentieren.“

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 20b des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 1 neu gefasst. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen. Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegeeinrichtungen sind grundsätzlich am Tag zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen.“

11.05.2019.—Artikel 10 Nr. 10 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 3a Satz 8 „oder elektronisch“ nach „schriftlich“ eingefügt.

26.11.2019.—Artikel 132 Nr. 22 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) hat in Abs. 3 Satz 6 „Erhebung, Verarbeitung und Nutzung“ durch „Verarbeitung“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 39 Nr. 10 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat in Abs. 5 Satz 2 bis 4 jeweils „Bundesversicherungsamt“ durch „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 21 lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 1 und 4, Abs. 2 Satz 1, 4 und 5 und Abs. 4 Satz 4 jeweils „der Krankenversicherung“ nach „Dienst“ gestrichen.

§ 114b Erhebung und Übermittlung von Indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen

(1) Die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, ab dem 1. Oktober 2019 bis zum 31. Dezember 2021 einmal und ab dem 1. Januar 2022 halbjährlich zu einem bestimmten Stichtag Indikatorenbezogene Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im vollstationären Bereich zu erheben und an die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zu übermitteln. Die Indikatorenbezogenen Daten sind auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements zu erfassen. Wenn die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b bis zum 15. September 2019 nicht eingerichtet ist, haben die Landesverbände der Pflegekassen die Erfüllung der Aufgaben nach § 113 Absatz 1b sicherzustellen.

(2) Die von den Einrichtungen gemäß Absatz 1 Satz 1 übermittelten Indikatorenbezogenen Daten werden entsprechend den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a mit Ausnahme der zwischen dem 1. Oktober 2019 und dem 31. Dezember 2021 erhobenen und übermittelten Daten veröffentlicht.

(3) Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung wird im Jahr 2019 ein einmaliger Förderbetrag in Höhe von 1 000 Euro für jede zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung bereitgestellt, um die für die Erhebung von Indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität notwendigen Schulungen in den Einrichtungen zu unterstützen. Die Modalitäten der Auszahlung der Fördermittel durch eine Pflegekasse werden von den Landesverbänden der Pflegekassen festgelegt. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten. Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesversicherungsamt regeln das Nähere über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sowie zur Feststellung und Erhebung der Beträge der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, durch Vereinbarung.¹⁹²

Artikel 10 Nr. 21 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „der Krankenversicherung“ nach „Dienste“ gestrichen sowie „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch „Bund“, „2011“ durch „2020“ und „drei“ durch „zwei“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 21 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 2 „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch „Bund“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 21 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 3 „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch „Bund“ ersetzt und „der Krankenversicherung“ nach „Dienste“ gestrichen.

Artikel 10 Nr. 21 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 1 „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch „Medizinische Dienst Bund“ und „unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch „im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 21 lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 6 „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch „Medizinische Dienste Bund“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 21 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 11 „den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ durch „die Medizinischen Dienste“ ersetzt.

192 QUELLE

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 20c des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

28.03.2020.—Artikel 4 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) hat in Abs. 1 Satz 1 „30. Juni“ durch „31. Dezember“ und „1. Juli 2020“ durch „1. Januar 2021“ ersetzt.

§ 114c Richtlinien zur Verlängerung des Prüfrhythmus in vollstationären Einrichtungen bei guter Qualität und zur Veranlassung unangemeldeter Prüfungen; Berichtspflicht

(1) Abweichend von § 114 Absatz 2 soll eine Prüfung in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung ab dem 1. Januar 2023 regelmäßig im Abstand von höchstens zwei Jahren stattfinden, wenn durch die jeweilige Einrichtung ein hohes Qualitätsniveau erreicht worden ist. Die Landesverbände der Pflegekassen informieren die betroffenen Einrichtungen entsprechend den Maßgaben eines vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen festgelegten bundeseinheitlichen Informationsverfahrens über die Verlängerung des Prüfrhythmus. Der Medizinische Dienst Bund legt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter Beteiligung und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. in Richtlinien Kriterien zur Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus sowie Kriterien für die Veranlassung unangemeldeter Prüfungen nach § 114a Absatz 1 Satz 3 fest. Bei der Erstellung der Richtlinien sind die Empfehlungen heranzuziehen, die in dem Abschlussbericht des wissenschaftlichen Verfahrens zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 bis 114b und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a in der stationären Pflege „Darstellung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung“ in der vom Qualitätsausschuss Pflege am 17. September 2018 abgenommenen Fassung zum indikatorengestützten Verfahren dargelegt wurden. Die Feststellung, ob ein hohes Qualitätsniveau durch eine Einrichtung erreicht worden ist, soll von den Landesverbänden der Pflegekassen auf der Grundlage der durch die Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b Satz 3 übermittelten Daten und der Ergebnisse der nach § 114 durchgeführten Qualitätsprüfungen erfolgen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 an der Erstellung und Änderung der Richtlinien mit. Der Medizinische Dienst Bund hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Kriterien nach Satz 3 sind auf der Basis der empirischen Erkenntnisse der Datenauswertungsstelle nach § 113 Absatz 1b zur Messung und Bewertung der Qualität der Pflege in den Einrichtungen sowie des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse regelmäßig, erstmals nach zwei Jahren, zu überprüfen.

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

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juni 2022, zum 31. März 2023 und danach jährlich über die Erfahrungen der Pflegekassen mit

1. der Erhebung und Übermittlung von indikatorenbezogenen Daten zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 114b Absatz 1 und
2. Qualitätsprüfungen, die ab dem 1. November 2019 nach § 114 in vollstationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden.

Artikel 4 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „30. Juni“ durch „31. Dezember“ ersetzt.

31.03.2021.—Artikel 4 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 29. März 2021 (BGBl. I S. 370) hat in Abs. 1 Satz 1 „2020“ durch „2021“ und „2021“ durch „2022“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „2020 erstmals“ durch „2021“ ersetzt.

Für die Berichterstattung zum 31. März 2023 beauftragt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der Evaluation der in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen festgelegten Bewertungssystematik für die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen.¹⁹³

§ 115 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung, Vergütungskürzung

(1) Die Medizinischen Dienste, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die von den Landesverbänden der Pflegekassen für Qualitätsprüfungen bestellten Sachverständigen haben das Ergebnis einer jeden Qualitätsprüfung sowie die dabei gewonnenen Daten und Informationen den Landesverbänden der Pflegekassen und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe sowie den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden im Rahmen ihrer Zuständigkeit und bei häuslicher Pflege den zuständigen Pflegekassen zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben sowie der betroffenen Pflegeeinrichtung mitzuteilen. Die Landesverbände der Pflegekassen sind befugt und auf Anforderung verpflichtet, die ihnen nach Satz 1 bekannt gewordenen Daten und Informationen mit Zustimmung des Trägers der Pflegeeinrichtung auch seiner Trägervereinigung zu übermitteln, soweit deren Kenntnis für die Anhörung oder eine Stellungnahme der Pflegeeinrichtung zu einem Bescheid nach Absatz 2 erforderlich ist. Gegenüber Dritten sind die Prüfer und die Empfänger der Daten zur Verschwiegenheit verpflichtet; dies gilt nicht für die zur Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen nach Absatz 1a erforderlichen Daten und Informationen.

(1a) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren insbesondere auf der

193 QUELLE

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 20c des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 22 lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 2 „Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkasse und“ durch „Medizinische Dienst Bund legt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und unter Beteiligung“ und „bis zum 30. September 2019“ vor „in“ gestrichen.

Artikel 10 Nr. 22 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 6 „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ durch „Medizinische Dienst Bund“ ersetzt.

28.03.2020.—Artikel 4 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) hat in Abs. 1 Satz 1 „1. Januar“ durch „1. Juli“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 5 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „30. September 2020“ durch „31. März 2021“ und „31. März“ durch „30. September“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 5 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „31. März“ durch „30. September“ ersetzt.

31.03.2021.—Artikel 4 Nr. 4 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 29. März 2021 (BGBl. I S. 370) hat in Abs. 1 Satz 1 „1. Juli 2021“ durch „1. Januar 2023“ und „sichergestellt“ durch „erreicht worden“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 4 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 4 „sichergestellt“ durch „erreicht worden“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 4 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „31. März 2021, zum 30. September 2021“ durch „30. Juni 2022, zum 31. März 2023“ ersetzt.

Artikel 4 Nr. 4 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 2 „30. September 2021“ durch „31. März 2023“ ersetzt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 42 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 1 Satz 1 „kann“ durch „soll“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 42 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 42 lit. c desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 9 „Satz 2“ durch „Satz 3“ ersetzt.

Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 und der Richtlinien zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität für den ambulanten und den stationären Bereich zugrunde zu legen sind und inwieweit die Ergebnisse durch weitere Informationen ergänzt werden. In den Vereinbarungen sind die Ergebnisse der nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 bis 4 vergebenen Aufträge zu berücksichtigen. Die Vereinbarungen umfassen auch die Form der Darstellung einschließlich einer Bewertungssystematik (Qualitätsdarstellungsvereinbarungen). Bei Anlassprüfungen nach § 114 Absatz 5 bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind zeitnah zu berücksichtigen. Bei der Darstellung der Qualität ist die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung kenntlich zu machen. Das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst oder durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind an gut sichtbarer Stelle in jeder Pflegeeinrichtung auszuhängen. Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen für den stationären Bereich sind bis zum 31. Dezember 2017 und für den ambulanten Bereich bis zum 31. Dezember 2018 jeweils unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene zu schließen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen sind an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Bestehende Vereinbarungen gelten bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort; dies gilt entsprechend auch für die bestehenden Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik (Pflege-Transparenzvereinbarungen).

(1b) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass ab dem 1. Januar 2014 die Informationen gemäß § 114 Absatz 1 über die Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung und ab dem 1. Juli 2016 die Informationen gemäß § 114 Absatz 1 zur Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz in vollstationären Einrichtungen für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Informationen nach Satz 1 an gut sichtbarer Stelle in der Pflegeeinrichtung auszuhängen. Die Landesverbände der Pflegekassen übermitteln die Informationen nach Satz 1 an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zum Zweck der einheitlichen Veröffentlichung.

(1c) Die Landesverbände der Pflegekassen haben Dritten für eine zweckgerechte, nicht gewerbliche Nutzung die Daten, die nach den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach Absatz 1a der Darstellung der Qualität zu Grunde liegen, sowie rückwirkend zum 1. Januar 2017 ab dem 1. April 2017 die Daten, die nach den nach § 115a übergeleiteten Pflege-Transparenzvereinbarungen der Darstellung der Qualität bis zum Inkrafttreten der Qualitätsdarstellungsvereinbarungen zu Grunde liegen, auf Antrag in maschinen- und menschenlesbarer sowie plattformunabhängiger Form zur Verarbeitung und Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen. Das Nähere zu der Übermittlung der Daten an Dritte, insbesondere zum Datenformat, zum Datennutzungsvertrag, zu den Nutzungsrechten und den Pflichten des Nutzers bei der Verwendung der Daten, bestimmen die Vertragsparteien nach § 113 bis zum 31. März 2017 in Nutzungsbedingungen, die dem Datennutzungsvertrag unabdingbar zu Grunde zu legen sind. Mit den Nutzungsbedingungen ist eine nicht missbräuchliche, nicht wettbewerbsverzerrende und manipulationsfreie Verwendung der Daten sicherzustellen. Der Dritte hat zu gewährleisten, dass die Herkunft der Daten für die Endverbraucherin oder den Endverbraucher transparent bleibt. Dies gilt insbesondere, wenn eine Verwendung der Daten in Zusammenhang mit anderen Daten erfolgt. Für die Informationen nach Absatz 1b gelten die Sätze 1 bis 4 entsprechend. Die Übermittlung der Daten erfolgt gegen Ersatz der entstehenden Verwaltungskosten, es sei denn,

es handelt sich bei den Dritten um öffentlich-rechtliche Stellen. Die entsprechenden Aufwendungen sind von den Landesverbänden der Pflegekassen nachzuweisen.

(2) Soweit bei einer Prüfung nach diesem Buch Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen nach Anhörung des Trägers der Pflegeeinrichtung und der beteiligten Trägervereinigung unter Beteiligung des zuständigen Trägers der Sozialhilfe, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Träger der Einrichtung hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Werden nach Satz 1 festgestellte Mängel nicht fristgerecht beseitigt, können die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam den Versorgungsvertrag gemäß § 74 Abs. 1, in schwerwiegenden Fällen nach § 74 Abs. 2, kündigen. § 73 Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Hält die Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag (§ 72) ganz oder teilweise nicht ein, sind die nach dem Achten Kapitel vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung entsprechend zu kürzen. Über die Höhe des Kürzungsbetrags ist zwischen den Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 Einvernehmen anzustreben. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 76 in der Besetzung des Vorsitzenden und der beiden weiteren unparteiischen Mitglieder. Gegen die Entscheidung nach Satz 3 ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben; ein Vorverfahren findet nicht statt, die Klage hat aufschiebende Wirkung. Der vereinbarte oder festgesetzte Kürzungsbetrag ist von der Pflegeeinrichtung bis zur Höhe ihres Eigenanteils an die betroffenen Pflegebedürftigen und im Weiteren an die Pflegekassen zurückzuzahlen; soweit die Pflegevergütung als nachrangige Sachleistung von einem anderen Leistungsträger übernommen wurde, ist der Kürzungsbetrag an diesen zurückzuzahlen. Der Kürzungsbetrag kann nicht über die Vergütungen oder Entgelte nach dem Achten Kapitel refinanziert werden. Schadensersatzansprüche der betroffenen Pflegebedürftigen nach anderen Vorschriften bleiben unberührt; § 66 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(3a) Eine Verletzung der Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung im Sinne des Absatzes 3 Satz 1 wird unwiderlegbar vermutet

1. bei einem planmäßigen und zielgerichteten Verstoß des Trägers der Einrichtung gegen seine Verpflichtung zur Einhaltung der nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vereinbarten Personalausstattung oder
2. bei nicht nur vorübergehenden Unterschreitungen der nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vereinbarten Personalausstattung.

Entsprechendes gilt bei Nichtbezahlung der nach § 82c zugrunde gelegten Gehälter und Entlohnung. Abweichend von Absatz 3 Satz 2 und 3 ist das Einvernehmen über den Kürzungsbetrag unverzüglich herbeizuführen und die Schiedsstelle hat in der Regel binnen drei Monaten zu entscheiden. Bei Verstößen im Sinne von Satz 1 Nummer 1 können die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam den Versorgungsvertrag gemäß § 74 Absatz 1, in schwerwiegenden Fällen nach § 74 Absatz 2, kündigen; § 73 Absatz 2 gilt entsprechend.

(3b) Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren durch den Qualitätsausschuss gemäß § 113b bis zum 1. Januar 2018 das Verfahren zur Kürzung der Pflegevergütung nach den Absätzen 3 und 3a. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen und gelten vom ersten Tag des auf die Veröffentlichung folgenden Monats. Sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(4) Bei Feststellung schwerwiegender, kurzfristig nicht behebbarer Mängel in der stationären Pflege sind die Pflegekassen verpflichtet, den betroffenen Heimbewohnern auf deren Antrag eine andere geeignete Pflegeeinrichtung zu vermitteln, welche die Pflege, Versorgung und Betreuung nahtlos übernimmt. Bei Sozialhilfeempfängern ist der zuständige Träger der Sozialhilfe zu beteiligen.

(5) Stellen der Medizinische Dienst oder der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege fest, kann die zuständige Pflege-

kasse dem Pflegedienst auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die weitere Versorgung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagen; § 73 Absatz 2 gilt entsprechend. Die Pflegekasse hat dem Pflegebedürftigen in diesem Fall einen anderen geeigneten Pflegedienst zu vermitteln, der die Pflege nahtlos übernimmt; dabei ist so weit wie möglich das Wahlrecht des Pflegebedürftigen nach § 2 Abs. 2 zu beachten. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(6) In den Fällen der Absätze 4 und 5 haftet der Träger der Pflegeeinrichtung gegenüber den betroffenen Pflegebedürftigen und deren Kostenträgern für die Kosten der Vermittlung einer anderen ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung, soweit er die Mängel in entsprechender Anwendung des § 276 des Bürgerlichen Gesetzbuches zu vertreten hat. Absatz 3 Satz 7 bleibt unberührt.¹⁹⁴

194 QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) in der Fassung des Artikels 4 Nr. 3 des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2005.—Artikel 10 Nr. 12 lit. a des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) hat in Abs. 1 Satz 1 „Sozialhilfeträgern“ durch „Trägern der Sozialhilfe“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 12 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 „Sozialhilfeträgers“ durch „Trägers der Sozialhilfe“ ersetzt.

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 74 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Satz 2 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 2 lautete: „Das Gleiche gilt für die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, die durch sonstige Qualitätsprüfer nach diesem Buch durchgeführt werden.“

Artikel 1 Nr. 74 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 4 „; dies gilt nicht für die zur Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen nach Absatz 1a erforderlichen Daten und Informationen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 74 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a eingefügt.

Artikel 1 Nr. 74 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „oder aus der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (§ 80a)“ nach „(§ 72)“ gestrichen.

01.10.2009.—Artikel 2 Abs. 1 Nr. 6 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2319) hat in Abs. 1 Satz 1 „bei stationärer Pflege zusätzlich den zuständigen Heimaufsichtsbehörden“ durch „den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden im Rahmen ihrer Zuständigkeit“ ersetzt.

04.08.2011.—Artikel 6 Nr. 5 lit. a des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) hat in Abs. 1 Satz 1 „ , der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ nach „Krankenversicherung“ eingefügt.

Artikel 6 Nr. 5 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 2 „und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ nach „Krankenversicherung“ eingefügt.

Artikel 6 Nr. 5 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 5 „oder durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ nach „Krankenversicherung“ eingefügt.

Artikel 6 Nr. 5 lit. b litt. cc desselben Gesetzes hat Satz 9 in Abs. 1a durch die Sätze 9 bis 13 ersetzt. Satz 9 lautete: „Kommt eine Festlegung über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik bis zum 30. September 2008 nicht zustande, werden sie auf Antrag eines Vereinbarungspartners oder des Bundesministeriums für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2008 durch die Schiedsstelle nach § 113b festgesetzt.“

Artikel 6 Nr. 5 lit. c desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 5 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Stellt der Medizinische Dienst schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege fest, kann die zuständige Pflegekasse dem Pflegedienst auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes die weitere Betreuung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagen; § 73 Abs. 2 gilt entsprechend.“

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 43 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat Abs. 1b eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 28 lit. a des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat Abs. 1a Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 28 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 1a Satz 6 eingefügt.

08.12.2015.—Artikel 3 Nr. 4 des Gesetzes vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2114) hat in Abs. 1b Satz 1 „und ab dem 1. Juli 2016 die Informationen gemäß § 114 Absatz 1 zur Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz“ nach „Arzneimittelversorgung“ eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 38 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in der Überschrift „, Qualitätsdarstellung“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 38 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 2 in Abs. 1 aufgehoben. Satz 2 lautete: „Das Gleiche gilt für die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, die durch unabhängige Sachverständige oder Prüfinstitutionen gemäß § 114 Abs. 4 durchgeführt werden und eine Regelprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung teilweise ersetzen.“

Artikel 1 Nr. 38 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat im neuen Abs. 1 Satz 2 „oder 2“ nach „Satz 1“ gestrichen.

Artikel 1 Nr. 38 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 1a neu gefasst. Abs. 1a lautete:

„(1a) Die Landesverbände der Pflegekassen stellen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Hierbei sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie gleichwertige Prüfergebnisse nach § 114 Abs. 3 und 4 zugrunde zu legen; sie können durch in anderen Prüfverfahren gewonnene Informationen, die die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, darstellen, ergänzt werden. Bei Anlassprüfungen nach § 114 Absatz 5 bilden die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität. Personenbezogene und personenbeziehbare Daten sind zu anonymisieren. Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind zeitnah zu berücksichtigen. Bei der Darstellung der Qualität ist auf die Art der Prüfung als Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung hinzuweisen. Das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind an gut sichtbarer Stelle in jeder Pflegeeinrichtung auszuhängen. Die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik sind durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände bis zum 30. September 2008 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu vereinbaren. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, unabhängige Verbraucherorganisationen auf Bundesebene sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene sind frühzeitig zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik sind an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Kommt innerhalb von sechs Monaten ab schriftlicher Aufforderung eines Vereinbarungspartners zu Verhandlungen eine einvernehmliche Einigung nicht zustande, kann jeder Vereinbarungspartner die Schiedsstelle nach § 113b anrufen. Die Frist entfällt, wenn der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Mehrheit der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene nach einer Beratung aller Vereinbarungspartner die Schiedsstelle einvernehmlich anrufen. Die Schiedsstelle soll eine Entscheidung innerhalb von drei Monaten treffen. Bestehende Vereinbarungen gelten bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort.“

Artikel 1 Nr. 38 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 1b Satz 3 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 38 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „Betreuung“ durch „Versorgung“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 21b des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat Abs. 1c eingefügt.

29.07.2017.—Artikel 9 Nr. 3d lit. a des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) hat in der Überschrift „, Vergütungskürzung“ eingefügt.

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

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 23 lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 1 „der Krankenversicherung“ nach „Dienste“ gestrichen.

§ 115a Übergangsregelung für Pflege-Transparenzvereinbarungen und Qualitätsprüfungs-Richtlinien

(1) Die Vertragsparteien nach § 113 passen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene die Pflege-Transparenzvereinbarungen an dieses Gesetz in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung an (übergeleitete Pflege-Transparenzvereinbarungen). Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Kommt bis zum 30. April 2016 keine einvernehmliche Einigung zustande, entscheidet der erweiterte Qualitätsausschuss nach § 113b Absatz 3 bis zum 30. Juni 2016. Die übergeleiteten Pflege-Transparenzvereinbarungen gelten ab 1. Januar 2017 bis zum Inkrafttreten der in § 115 Absatz 1a vorgesehenen Qualitätsdarstellungsvereinbarungen.

(2) Schiedsstellenverfahren zu den Pflege-Transparenzvereinbarungen, die am 1. Januar 2016 anhängig sind, werden nach Maßgabe des § 113b Absatz 2, 3 und 8 durch den Qualitätsausschuss entschieden; die Verfahren sind bis zum 30. Juni 2016 abzuschließen.

(3) Die Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 (Qualitätsprüfungs-Richtlinien) in der am 31. Dezember 2015 geltenden Fassung gelten nach Maßgabe der Absätze 4 und 5 bis zum Inkrafttreten der Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7 fort und sind für den Medizinischen Dienst und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich.

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen passt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die Qualitätsprüfungs-Richtlinien unverzüglich an dieses Gesetz in der am 1. Januar 2016 geltenden Fassung an. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen passt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. die nach Absatz 4 angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien bis zum 30. September 2016 an die nach Absatz 1 übergeleiteten und gegebenenfalls nach Absatz 2 geänderten Pflege-Transparenzvereinbarungen an. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und

Artikel 10 Nr. 23 lit. b litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 9 „der Krankenversicherung“ nach „Dienst“ gestrichen.

Artikel 10 Nr. 23 lit. b litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1a Satz 10 des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch „Bund“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 23 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „der Krankenversicherung“ nach „Dienst“ gestrichen.

01.09.2022.—Artikel 2 Nr. 37 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 3a Satz 2 „§ 84 Absatz 2 Satz 5 beziehungsweise nach § 89 Absatz 1 Satz 4 zugrunde gelegten Gehälter“ durch „§ 82c Absatz 1 zugrunde gelegten Gehälter und Entlohnung“ ersetzt.

29.12.2022.—Artikel 8a Nr. 5 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat in Abs. 3a Satz 2 „Absatz 1“ nach „§ 82c“ gestrichen.

der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die angepassten Qualitätsprüfungs-Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und treten zum 1. Januar 2017 in Kraft.¹⁹⁵

§ 116 Kostenregelungen

(1) Die Prüfkosten bei Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 sind als Aufwand in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung nach dem Achten Kapitel zu berücksichtigen; sie können auch auf mehrere Vergütungszeiträume verteilt werden.

(2) Die Kosten der Schiedsstellenentscheidung nach § 115 Abs. 3 Satz 3 trägt der Träger der Pflegeeinrichtung, soweit die Schiedsstelle eine Vergütungskürzung anordnet; andernfalls sind sie von den als Kostenträgern betroffenen Vertragsparteien gemeinsam zu tragen. Setzt die Schiedsstelle einen niedrigeren Kürzungsbetrag fest als von den Kostenträgern gefordert, haben die Beteiligten die Verfahrenskosten anteilig zu zahlen.

(3) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu regeln. In der Rechtsverordnung können auch Mindest- und Höchstsätze festgelegt werden; dabei ist den berechtigten Interessen der Wirtschaftlichkeitsprüfer (§ 79) sowie der zur Zahlung der Entgelte verpflichteten Pflegeeinrichtungen Rechnung zu tragen.¹⁹⁶

195 QUELLE

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 38a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 24 lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 1 „des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch „Bund“ ersetzt.

Artikel 10 Nr. 24 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „der Krankenversicherung“ nach „Dienst“ gestrichen.

Artikel 10 Nr. 24 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 Satz 1 jeweils „Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch „Dienstes Bund“ ersetzt.

196 QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 75 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 1 und 2 durch Abs. 1 ersetzt, Abs. 3 in Abs. 2 unnummeriert und Abs. 4 durch Abs. 3 ersetzt. Abs. 1, 2 und 4 lauteten:

„(1) Die notwendigen Kosten von Leistungs- und Qualitätsnachweisen nach § 113 sind von dem Träger der geprüften Pflegeeinrichtung zu tragen. Sie sind als Aufwand in der nächstmöglichen Vergütungsvereinbarung nach dem Achten Kapitel zu berücksichtigen; sie können auch auf mehrere Vergütungszeiträume verteilt werden.

(2) Für die Prüfkosten bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 gilt Absatz 1 entsprechend.

(4) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte

1. für die Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen sowie

2. für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen

zu regeln. In der Rechtsverordnung können auch Mindest- und Höchstsätze festgelegt werden; dabei ist den berechtigten Interessen der mit der Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen beauftragten unabhängigen Sachverständigen oder Prüfstellen (§ 113) und der Wirtschaftlichkeitsprüfer (§ 79) sowie der zur Zahlung der Entgelte verpflichteten Pflegeeinrichtungen Rechnung zu tragen.“

§ 117 Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. arbeiten mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden bei der Zulassung und der Überprüfung der Pflegeeinrichtungen eng zusammen, um ihre wechselseitigen Aufgaben nach diesem Buch und nach den heimrechtlichen Vorschriften insbesondere durch

1. regelmäßige gegenseitige Information und Beratung,
2. Terminabsprachen für eine gemeinsame und arbeitsteilige Überprüfung von Pflegeeinrichtungen oder
3. Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen

wirksam aufeinander abzustimmen. Dabei ist sicherzustellen, dass Doppelprüfungen nach Möglichkeit vermieden werden. Zur Erfüllung dieser Aufgaben sind die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verpflichtet, in den Arbeitsgemeinschaften nach den heimrechtlichen Vorschriften mitzuwirken und sich an entsprechenden Vereinbarungen zu beteiligen.

(2) Die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. können mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden oder den obersten Landesbehörden ein Modellvorhaben vereinbaren, das darauf zielt, eine abgestimmte Vorgehensweise bei der Prüfung der Qualität von Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch und nach heimrechtlichen Vorschriften zu erarbeiten. Von den Richtlinien nach § 114a Absatz 7 und den nach § 115 Absatz 1a bundesweit getroffenen Vereinbarungen kann dabei für die Zwecke und die Dauer des Modellvorhabens abgewichen werden. Die Verantwortung der Pflegekassen und ihrer Verbände für die inhaltliche Bestimmung, Sicherung und Prüfung der Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsqualität nach diesem Buch kann durch eine Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden oder den obersten Landesbehörden weder eingeschränkt noch erweitert werden.

(3) Zur Verwirklichung der engen Zusammenarbeit sind die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Medizinische Dienst Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. berechtigt und auf Anforderung verpflichtet, der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde die ihnen nach diesem Buch zugänglichen Daten über die Pflegeeinrichtungen, insbesondere über die Zahl und Art der Pflegeplätze und der betreuten Personen (Belegung), über die personelle und sächliche Ausstattung sowie über die Leistungen und Vergütungen der Pflegeeinrichtungen, mitzuteilen. Personenbezogene Daten sind vor der Datenübermittlung zu anonymisieren.

(4) Erkenntnisse aus der Prüfung von Pflegeeinrichtungen sind vom Medizinischen Dienst, dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. oder von den sonstigen Sachverständigen oder Stellen, die Qualitätsprüfungen nach diesem Buch durchführen, unverzüglich der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen, soweit sie zur Vorbereitung und Durchführung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach den heimrechtlichen Vorschriften erforderlich sind. § 115 Abs. 1 Satz 1 bleibt hiervon unberührt.

(5) Die Pflegekassen und ihre Verbände sowie der Medizinische Dienst und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. tragen die ihnen durch die Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden entstehenden Kosten. Eine Beteiligung an den Kosten der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden oder anderer von nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde beteiligter Stellen oder Gremien ist unzulässig.

(6) Durch Anordnungen der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde bedingte Mehr- oder Minderkosten sind, soweit sie dem Grunde nach vergütungsfähig im Sinne des § 82 Abs. 1 sind, in der nächstmöglichen Pflegesatzvereinbarung zu berücksichtigen. Der Wider-

spruch oder die Klage einer Vertragspartei oder eines Beteiligten nach § 85 Abs. 2 gegen die Anordnung hat keine aufschiebende Wirkung.¹⁹⁷

197 QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 76 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat in Abs. 1 Satz 1 „dem Heimgesetz“ durch „den heimrechtlichen Vorschriften“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 76 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „§ 20 Abs. 5 des Heimgesetzes“ durch „den heimrechtlichen Vorschriften“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 76 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „dem Heimgesetz“ durch „den heimrechtlichen Vorschriften“ ersetzt.

01.10.2009.—Artikel 2 Abs. 1 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2319) hat in der Überschrift „der Heimaufsicht“ durch „den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden“ ersetzt.

Artikel 2 Abs. 1 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 „Heimaufsichtsbehörden“ durch „nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden“ und „Pflegeheime“ durch „Pflegeeinrichtungen“ ersetzt sowie in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „Heimen“ durch „Pflegeeinrichtungen“ ersetzt.

Artikel 2 Abs. 1 Nr. 7 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „Heimaufsichtsbehörden“ durch „nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden“ ersetzt.

Artikel 2 Abs. 1 Nr. 7 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „zuständigen Heimaufsichtsbehörde“ durch „nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde“ und „Pflegeheime“ jeweils durch „Pflegeeinrichtungen“ ersetzt.

Artikel 2 Abs. 1 Nr. 7 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „Pflegeheimen“ durch „Pflegeeinrichtungen“ und „zuständigen Heimaufsichtsbehörde“ durch „nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde“ ersetzt.

Artikel 2 Abs. 1 Nr. 7 lit. f litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „der Heimaufsicht“ durch „den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden“ ersetzt.

Artikel 2 Abs. 1 Nr. 7 lit. f litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 2 „Heimaufsichtsbehörden“ durch „nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden“ und „der Heimaufsichtsbehörde“ durch „nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde“ ersetzt.

Artikel 2 Abs. 1 Nr. 7 lit. g desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „Heimaufsichtsbehörde“ durch „nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde“ ersetzt.

04.08.2011.—Artikel 6 Nr. 6 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 28. Juli 2011 (BGBl. I S. 1622) hat in Abs. 1 Satz 1 „und“ nach „Pflegekassen“ durch „sowie“ ersetzt und „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ nach „Krankenversicherung“ eingefügt.

Artikel 6 Nr. 6 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „und“ durch „sowie“ ersetzt und „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ nach „Dienst“ eingefügt.

Artikel 6 Nr. 6 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „und“ nach „Pflegekassen“ durch „sowie“ ersetzt und „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ nach „Krankenversicherung“ eingefügt.

Artikel 6 Nr. 6 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „ , dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ nach „Krankenversicherung“ eingefügt.

Artikel 6 Nr. 6 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 5 Satz 1 „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ nach „Krankenversicherung“ eingefügt.

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 44 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 „regelmäßige“ am Anfang eingefügt.

Artikel 1 Nr. 44 lit. a litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „oder“ durch „und“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 44 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 3 „und sich an entsprechenden Vereinbarungen zu beteiligen“ am Ende eingefügt.

Artikel 1 Nr. 44 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 1 und 2 eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 28a des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat in Abs. 2 Satz 1 und 3 jeweils „oder den obersten Landesbehörden“ nach „Aufsichtsbehörden“ eingefügt.

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 39 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 2 Satz 2 „Satz 6“ nach „Absatz 1a“ eingefügt.

§ 118 Beteiligung von Interessenvertretungen, Verordnungsermächtigung

(1) Bei Erarbeitung oder Änderung

1. der in § 17 Absatz 1, § 17 Absatz 1c, § 112a Absatz 2, § 114a Absatz 7, § 114c Absatz 1 und § 115a Absatz 3 bis 5 vorgesehenen Richtlinien sowie
2. der Vereinbarungen und Beschlüsse nach § 37 Absatz 5 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung, den §§ 113, 115 Absatz 1a sowie § 115a Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 durch den Qualitätsausschuss nach § 113b sowie der Vereinbarungen und Beschlüsse nach § 113c und der Vereinbarungen nach § 115a Absatz 1 Satz 1

wirken die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 2 beratend mit. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei Beschlussfassungen. Bei den durch den Qualitätsausschuss nach § 113b zu treffenden Entscheidungen erhalten diese Organisationen das Recht, Anträge zu stellen. Der Qualitätsausschuss nach § 113b hat über solche Anträge in der nächsten Sitzung zu beraten. Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden. Ehrenamtlich Tätige, die von den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach Maßgabe einer auf Grund des Absatzes 2 erlassenen Verordnung in die Gremien des Qualitätsausschusses nach § 113b entsandt werden, damit sie dort die in den Sätzen 1 und 3 genannten Rechte dieser Organisationen wahrnehmen, haben Anspruch auf Erstattung der Reisekosten, die ihnen durch die Entsendung entstanden sind, sowie auf den Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches und einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung. Das Nähere regeln die Vereinbarungspartner in der Geschäftsordnung nach § 113b Absatz 7.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten festzulegen für

1. die Voraussetzungen der Anerkennung der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung, sowie
2. das Verfahren der Beteiligung.¹⁹⁸

Artikel 1 Nr. 39 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 2 „und 2“ nach „Satz 1“ gestrichen.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 25 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 Satz 1, Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 Satz 1 jeweils „der Krankenversicherung“ nach „Dienst“ gestrichen.

198 QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

28.11.2003.—Artikel 212 Nr. 4 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) hat in Abs. 4 Satz 2 „, dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ durch „und Soziale Sicherung“ ersetzt.

08.11.2006.—Artikel 264 Nr. 4 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) hat in Abs. 4 Satz 2 „und Soziale Sicherung“ durch „sowie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales“ ersetzt.

AUFHEBUNG

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 77 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 118 Rechtsverordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen

(1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Beratungs- und Prüfvorschriften zur Qualitätssicherung in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege zu erlassen. Die Rechtsverordnung gilt für alle Personen und Stellen, die Qualitätsberatungen

oder -prüfungen nach diesem Buch durchführen, sowie für alle Behörden, Leistungsträger und Einrichtungsträger oder deren Verbände, die an der Qualitätssicherung nach diesem Buch beteiligt sind.

(2) Die Rechtsverordnung regelt insbesondere:

1. Maßstäbe und Grundsätze für die Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen einschließlich der ihren Trägern obliegenden Leistungs- und Qualitätsnachweise,
2. das Nähere über Art, Umfang und Häufigkeit von Leistungs- und Qualitätsnachweisen sowie Qualitätsprüfungen
 - a) im Bereich der allgemeinen Pflegeleistungen,
 - b) bei teil- oder vollstationärer Pflege zusätzlich in den Bereichen der medizinischen Behandlungspflege, der sozialen Betreuung, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie der Zusatzleistungen,
 jeweils unterteilt nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität,
3. die Prüfverfahren einschließlich der Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen,
4. die Qualifikation der mit Qualitätsprüfungen beauftragten Sachverständigen oder Prüfstellen,
5. die Voraussetzungen und das Verfahren für die Anerkennung von Sachverständigen und Prüfstellen durch die Landes- oder Bundesverbände der Pflegekassen nach § 113 Abs. 2 einschließlich der fachlichen Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie
6. die Anforderungen für die Einholung der Zustimmung Pflegebedürftiger oder deren Ersetzung nach § 114 Abs. 2, 3 oder 5.

Dabei ist zu beachten, dass Beratungen und Prüfungen in den Bereichen der allgemeinen Pflegeleistungen, der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung nur durch Pflegefachkräfte oder Ärzte durchgeführt werden dürfen, die in der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach Absatz 1 geschult sind.

(3) Vor Erlass der Rechtsverordnung nach Absatz 1 sind die Spitzenverbände der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, unabhängige Sachverständige sowie die Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene anzuhören. Im Rahmen der Anhörung können diese auch Vorschläge für eine Rechtsverordnung nach Absatz 1 oder für einzelne Regelungen einer solchen Rechtsverordnung vorlegen.

(4) Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung berichten dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen erstmals zum 31. Dezember 2003, danach in Abständen von drei Jahren, über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach Absatz 1, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen führt die Berichte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und seine eigenen Erkenntnisse und Erfahrungen zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu einem Bericht zusammen und legt diesen den Spitzenverbänden der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den zuständigen Länderministerien vor.“

QUELLE

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 45 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 40 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Nr. 1 und 2 in Abs. 1 Satz 1 neu gefasst. Nr. 1 und 2 lauteten:

- „1. der in § 17 Absatz 1, den §§ 18b, 45a Absatz 2 Satz 3, § 45b Absatz 1 Satz 4 und § 114a Absatz 7 vorgesehenen Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen sowie
2. der Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner nach § 113 Absatz 1, § 113a Absatz 1 und § 115 Absatz 1a“.

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 22 lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „Vereinbarungen und Beschlüsse nach § 113c und der“ nach „sowie der“ eingefügt.

§ 119 Verträge mit Pflegeheimen außerhalb des Anwendungsbereichs des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes

Für den Vertrag zwischen dem Träger einer zugelassenen stationären Pflegeeinrichtung, auf die das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz keine Anwendung findet, und dem pflegebedürftigen Bewohner gelten die Vorschriften über die Verträge nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz entsprechend.¹⁹⁹

§ 120 Pflegevertrag bei häuslicher Pflege

(1) Bei häuslicher Pflege übernimmt der zugelassene Pflegedienst spätestens mit Beginn des ersten Pflegeeinsatzes auch gegenüber dem Pflegebedürftigen die Verpflichtung, diesen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit, entsprechend den von ihm in Anspruch genommenen Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 zu versorgen (Pflegevertrag). Bei jeder wesentlichen Veränderung des Zustandes des Pflegebedürftigen hat der Pflegedienst dies der zuständigen Pflegekasse unverzüglich mitzuteilen.

(2) Der Pflegedienst hat nach Aufforderung der zuständigen Pflegekasse unverzüglich eine Ausfertigung des Pflegevertrages auszuhändigen. Der Pflegevertrag kann von dem Pflegebedürftigen jederzeit ohne Einhaltung einer Frist gekündigt werden.

(3) In dem Pflegevertrag sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen gesondert zu beschreiben. Der Pflegedienst hat den Pflegebedürftigen vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung in der Regel schriftlich über die voraussichtlichen Kosten zu unterrichten. Bei der Vereinbarung des Pflegevertrages ist zu berücksichtigen,

Artikel 1 Nr. 22 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 3 in Abs. 1 durch die Sätze 3 bis 7 ersetzt. Satz 3 lautete: „Wird den schriftlichen Anliegen dieser Organisationen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.“

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 20d des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 „den §§ 18b, 114a Absatz 7“ durch „§§ 18b, 114a Absatz 7, § 114c Absatz 1“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 10 Nr. 11 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 „§§ 18b, 114a“ durch „§§ 18b, 112a Absatz 2, § 114a“ ersetzt.

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 26 lit. a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 „des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen“ nach „Richtlinien“ gestrichen.

Artikel 10 Nr. 26 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 6 „ , sowie auf den Ersatz des Verdienstaustauschs in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches und einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfstelns der monatlichen Bezugsgröße (§ 18 des Vierten Buches) für jeden Kalendertag einer Sitzung“ am Ende eingefügt.

Artikel 10 Nr. 26 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 1 Satz 7 „zur Erstattung der Reisekosten“ nach „Nähere“ gestrichen.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 43 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 „§§ 113, 113a, 115“ durch „§§ 113, 115“ ersetzt.

01.10.2023.—Artikel 1 Nr. 43 lit. a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 „§§ 18b, 112a“ durch „§ 17 Absatz 1c, § 112a“ ersetzt.

199 QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.10.2009.—Artikel 2 Abs. 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2319) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 119 Heimverträge mit Pflegeheimen außerhalb des Anwendungsbereichs des Heimgesetzes

Für den Heimvertrag zwischen dem Träger einer zugelassenen stationären Pflegeeinrichtung, auf die das Heimgesetz keine Anwendung findet, und dem pflegebedürftigen Bewohner gelten die Vorschriften über die Heimverträge nach dem Heimgesetz entsprechend.“

dass der Pflegebedürftige Leistungen von mehreren Leistungserbringern in Anspruch nimmt. Ebenso zu berücksichtigen ist die Bereitstellung der Informationen für eine Nutzung des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Absatz 4.

(4) Der Anspruch des Pflegedienstes auf Vergütung seiner Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 und seiner ergänzenden Unterstützungsleistungen im Sinne des § 39a ist unmittelbar gegen die zuständige Pflegekasse zu richten. Soweit die von dem Pflegebedürftigen abgerufenen Leistungen nach Satz 1 den von der Pflegekasse mit Bescheid festgelegten und von ihr zu zahlenden leistungsrechtlichen Höchstbetrag überschreiten, darf der Pflegedienst dem Pflegebedürftigen für die zusätzlich abgerufenen Leistungen keine höhere als die nach § 89 vereinbarte Vergütung berechnen.²⁰⁰

Zwölftes Kapitel

200 QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2008.—Artikel 1 Nr. 78 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Satz 1 in Abs. 2 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Der Pflegedienst hat dem Pflegebedürftigen und der zuständigen Pflegekasse unverzüglich eine Ausfertigung des Pflegevertrages auszuhändigen.“

30.10.2012.—Artikel 1 Nr. 46 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Sätze 2 und 3 in Abs. 2 durch Satz 2 ersetzt. Die Sätze 2 und 3 lauteten: „Innerhalb von zwei Wochen nach dem ersten Pflegeeinsatz kann der Pflegebedürftige den Pflegevertrag ohne Angabe von Gründen und ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Wird der Pflegevertrag erst nach dem ersten Pflegeeinsatz ausgehändigt, beginnt der Lauf der Frist nach Satz 2 erst mit Aushändigung des Vertrages.“

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 46 lit. b des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) In dem Pflegevertrag sind wenigstens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex gesondert zu beschreiben.“

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 28b des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) In dem Pflegevertrag sind mindestens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Zeitvergütungen und der vom Zeitaufwand unabhängigen vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jede Komplexleistung gesondert zu beschreiben. Der Pflegedienst hat den Pflegebedürftigen unmittelbar nach Inkrafttreten dieser Regelung sowie vor Vertragsschluss und bei jeder wesentlichen Veränderung darüber zu unterrichten, wie sich die vom Zeitaufwand unabhängige Vergütung im Vergleich zu einer rein zeitbezogenen Vergütung darstellt und ihn auf seine Wahlmöglichkeiten bei der Zusammenstellung dieser Vergütungsformen hinzuweisen. Diese Gegenüberstellung hat in der Regel schriftlich zu erfolgen. Auf dieser Grundlage entscheidet der Pflegebedürftige über die Vergütungsform. In dem Pflegevertrag ist die Entscheidung zu dokumentieren.“

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 45a lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 1 „Leistungen, zu pflegen und hauswirtschaftlich“ durch „Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 45a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen“ durch „Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36“ ersetzt.

11.05.2019.—Artikel 10 Nr. 12 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat Abs. 3 Satz 3 und 4 eingefügt.

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 19 lit. a des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat in Abs. 3 Satz 1 „einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen bei der Nutzung von digitalen Pflegeanwendungen“ nach „Leistungskomplex“ eingefügt.

Artikel 5 Nr. 19 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 „und seiner ergänzenden Unterstützungsleistungen im Sinne des § 39a“ nach „§ 36“ eingefügt.

Bußgeldvorschrift²⁰¹

§ 121 Bußgeldvorschrift

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder leichtfertig

1. der Verpflichtung zum Abschluß oder zur Aufrechterhaltung des privaten Pflegeversicherungsvertrages nach § 23 Abs. 1 Satz 1 und 2 oder § 23 Abs. 4 oder der Verpflichtung zur Aufrechterhaltung des privaten Pflegeversicherungsvertrages nach § 22 Abs. 1 Satz 2 nicht nachkommt,
2. entgegen § 50 Abs. 1 Satz 1, § 51 Abs. 1 Satz 1 und 2, § 51 Abs. 3 oder entgegen Artikel 42 Abs. 4 Satz 1 oder 2 des Pflege-Versicherungsgesetzes eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erstattet,
3. entgegen § 50 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 eine Auskunft nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt oder entgegen § 50 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 eine Änderung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig mitteilt,
4. entgegen § 50 Abs. 3 Satz 2 die erforderlichen Unterlagen nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt,
5. entgegen Artikel 42 Abs. 1 Satz 3 des Pflege-Versicherungsgesetzes den Leistungsumfang seines privaten Versicherungsvertrages nicht oder nicht rechtzeitig anpaßt,
6. mit der Entrichtung von sechs Monatsprämien zur privaten Pflegeversicherung in Verzug gerät,
7. entgegen § 128 Absatz 1 Satz 4 die dort genannten Daten nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig übermittelt.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 2 500 Euro geahndet werden.

(3) Für die von privaten Versicherungsunternehmen begangenen Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 Nummer 2 und 7 ist das Bundesamt für Soziale Sicherung die Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten.

(4) Die für die Verfolgung und Ahndung der Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 Nummer 1 und 6 zuständige Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a oder Absatz 2 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten kann die zur Ermittlung des Sachverhalts erforderlichen Auskünfte, auch elektronisch und als elektronisches Dokument, bei den nach § 51 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 Meldepflichtigen einholen. Diese sollen bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken. Sie sollen insbesondere ihnen bekannte Tatsachen und Beweismittel angeben. Eine weitergehende Pflicht, bei der Ermittlung des Sachverhalts mitzuwirken, insbesondere eine Pflicht zum persönlichen Erscheinen oder zur Aussage, besteht nur, soweit sie durch Rechtsvorschrift besonders vorgesehen ist.²⁰²

201 QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 24 und 25 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) hat die Überschrift des Kapitels eingefügt.

202 UMNUMMERIERUNG

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) in der Fassung des Artikels 4 Nr. 4 des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat § 112 in § 121 umnummeriert.

ÄNDERUNGEN

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) in der Fassung des Artikels 4 Nr. 4 des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat in Abs. 2 „5 000 Deutsche Mark“ durch „2 500 Euro“ ersetzt.

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 47 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat in Abs. 1 Nr. 6 den Punkt durch ein Komma ersetzt und Abs. 1 Nr. 7 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 47 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „Nr. 2“ durch „Nummer 2 und 7“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 22a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat Abs. 4 eingefügt.

§ 122²⁰³

**Dreizehntes Kapitel
Befristete Modellvorhaben²⁰⁴**

§ 123 Gemeinsame Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier

(1) Im Zeitraum von 2025 bis 2028 fördert der Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit bis zu 30 Millionen Euro je Kalenderjahr aus dem Ausgleichsfonds regionalspezifische Modellvorhaben für innovative Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden vor Ort und im Quartier. Die Förderung dient insbesondere dazu,

1. die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und vergleichbar Nahestehenden zu erleichtern,
2. den Zugang zu den vorhandenen Pflege- und Unterstützungsangeboten zu verbessern,
3. die Pflegeprävalenz positiv zu beeinflussen,
4. den Fachkräftebedarf zu decken sowie ehrenamtliche Strukturen aufzubauen,
5. eine bedarfsgerechte integrierte Sozialplanung zur Entwicklung des Sozialraumes zu unterstützen,
6. Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen für Pflegearrangements auf- und auszubauen und zu stabilisieren,
7. innovative Konzepte zur Stärkung der gesellschaftlichen Solidarität zu entwickeln oder
8. die Pflegeangebote untereinander digital zu vernetzen.

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.

203 QUELLE

01.01.2002.—Artikel 1 Nr. 8 des Gesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

31.05.2008.—Artikel 1 Nr. 79 lit. b des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874) hat Abs. 2 eingefügt.

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 28c des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat Abs. 3 eingefügt.

AUFHEBUNG

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 46 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 122 Übergangsregelung

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

(2) Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben die nach § 45b Abs. 1 Satz 4 in der ab dem 1. Juli 2008 geltenden Fassung vorgesehenen Richtlinien unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände 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 zu beschließen und dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Mai 2008 zur Genehmigung vorzulegen. § 17 Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Für Personen, die am 31. Dezember 2014 einen Anspruch auf Wohngruppenzuschlag nach § 38a in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung haben, wird diese Leistung weiter erbracht, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat.“

204 QUELLE

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 23 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat die Überschrift des Kapitels eingefügt.

Die Förderung nach Satz 1 erfolgt, wenn die Modellvorhaben auf der Grundlage landes- oder kommunalrechtlicher Vorschriften auch durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft gefördert werden. Sie erfolgt jeweils in gleicher Höhe wie die Förderung, die vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 60 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht werden kann. Die Förderung von Modellvorhaben durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Satz 1 setzt voraus, dass diese den Empfehlungen nach Absatz 3 entsprechen, und erfolgt jeweils im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

(2) Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit insgesamt 7 Prozent des in Absatz 1 Satz 1 genannten Fördervolumens an der Förderung nach Absatz 1 Satz 1.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und den Ländern Empfehlungen, in denen festzulegen ist,

1. was die Ziele und der Inhalt der Förderung sind,
2. welche Voraussetzungen vorliegen müssen, damit die Förderung gewährt wird,
3. für welche Dauer die Förderung gewährt wird,
4. wie die Förderung durchgeführt wird,
5. nach welchem Verfahren die Fördermittel vergeben, ausbezahlt und abgewickelt werden,
6. welchen Anforderungen die Einbringung von Zuschüssen der kommunalen Gebietskörperschaften als Personal- oder Sachmittel mit Zweckbindung genügen müssen, sowie wie im Einzelfall zu prüfen ist, ob die Nutzung von Mitteln und Möglichkeiten der Arbeitsförderung zweckentsprechend eingesetzt werden kann, und
7. wie die Zwischen- und Abschlussberichte der wissenschaftlichen Begleitung dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zugehen.

Vor dem Beschluss der Empfehlungen müssen die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Landesverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen und ihrer Angehörigen, das Bundesamt für Soziale Sicherung sowie die oder der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege angehört werden. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit unter Beteiligung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Sie sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2024 vorzulegen.

(4) Die Modellvorhaben sind auf längstens vier Jahre zu befristen. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann von den Regelungen des § 37 Absatz 3 bis 9, des Siebten und des Achten Kapitels abgewichen werden, soweit dies zur Erreichung der Ziele eines Modellvorhabens zwingend erforderlich ist.

(5) Die nach Absatz 1 Satz 1 zur Verfügung stehenden Fördermittel werden nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt. Die Auszahlung der Mittel für ein Modellvorhaben erfolgt, sobald für das Modellvorhaben eine konkrete Förderzusage durch das Land oder die kommunale Gebietskörperschaft vorliegt. Die Fördermittel, die in einem Land im jeweiligen Kalenderjahr nicht in Anspruch genommen worden sind, erhöhen im Folgejahr das Fördervolumen des jeweiligen Landes.

(6) Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 überwiesen werden. Näheres über das Verfahren zur Durchführung und Abwicklung der Förderung und zur 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 Sozia-

le Sicherung, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. durch Vereinbarung.²⁰⁵

205 QUELLE

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 48 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 29 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat in Abs. 2 Nr. 1 „120 Euro“ durch „123 Euro“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 29 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Nr. 2 „225 Euro“ durch „231 Euro“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 29 lit. a litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „§§ 39 und 40“ durch „§§ 38a, 39, 40, 41, 42 und 45e“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 29 lit. a litt. dd desselben Gesetzes hat Abs. 2 Satz 2 eingefügt.

Artikel 1 Nr. 29 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 3 „70 Euro auf 305 Euro“ durch „72 Euro auf 316 Euro“ und „um 215 Euro auf bis zu 665 Euro“ durch „sowie § 41 um 221 Euro auf bis zu 689 Euro“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 29 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 4 „85 Euro auf 525 Euro“ durch „87 Euro auf 545 Euro“ und „um 150 Euro auf bis zu 1 250 Euro“ durch „sowie § 41 um 154 Euro auf bis zu 1 298 Euro“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 46 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) und Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) haben die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 123 Übergangsregelung: Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

(1) Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, haben neben den Leistungen nach § 45b bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, Ansprüche auf Pflegeleistungen nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Versicherte ohne Pflegestufe haben je Kalendermonat Anspruch auf

1. Pflegegeld nach § 37 in Höhe von 123 Euro oder
2. Pflegesachleistungen nach § 36 in Höhe von bis zu 231 Euro oder
3. Kombinationsleistungen aus den Nummern 1 und 2 (§ 38)

sowie Ansprüche nach den §§ 38a, 39, 40, 41, 42 und 45e. Der Anspruch auf teilstationäre Pflege für Versicherte ohne Pflegestufe umfasst einen Gesamtwert von bis zu 231 Euro je Kalendermonat.

(3) Für Pflegebedürftige der Pflegestufe I erhöhen sich das Pflegegeld nach § 37 um 72 Euro auf 316 Euro und die Pflegesachleistungen nach § 36 sowie § 41 um 221 Euro auf bis zu 689 Euro.

(4) Für Pflegebedürftige der Pflegestufe II erhöhen sich das Pflegegeld nach § 37 um 87 Euro auf 545 Euro und die Pflegesachleistungen nach § 36 sowie § 41 um 154 Euro auf bis zu 1 298 Euro.“

29.07.2017.—Artikel 9 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) hat Abs. 1 Satz 8 bis 10 eingefügt.

Artikel 9 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 4 in Abs. 5 neu gefasst. Satz 4 lautete: „Die Landesregierungen werden ermächtigt, Schiedsstellen entsprechend § 7c Absatz 7 Satz 1 bis 4 einzurichten und eine Rechtsverordnung entsprechend § 7c Absatz 7 Satz 5 zu erlassen.“

Artikel 9 Nr. 4 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 7 Satz 2 „; Ausnahmen hiervon sind bei den sächlichen Mitteln möglich, soweit sich die Abweichung nachweislich aus Einsparungen aufgrund der Zusammenlegung von Beratungsaufgaben ergibt“ am Ende eingefügt.

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 20e des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat in Abs. 1 Satz 6 „Satz 1, 2, 3, 6 erster Halbsatz, Satz 7“ durch „Satz 1, 2, 3, 9, 10 erster Halbsatz“ ersetzt.

01.07.2022.—Artikel 2 Nr. 3a lit. a des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) hat in Abs. 1 Satz 6 „Absatz 3 Satz 1, 2, 3, 9, 10 erster Halbsatz und Absatz 4“ durch „Absatz 3, 3a, 3b und 4“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 3a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 4 „Absatz 3 Satz 1 und Absatz 8“ durch „Absatz 3b und 8“ ersetzt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 43a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 123 Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, Verordnungsermächtigung

(1) Die für die Hilfe zur Pflege zuständigen Träger der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch können Modellvorhaben zur Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen für ihren Zuständigkeitsbereich bei der zuständigen obersten Landesbehörde beantragen, sofern dies nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften vorgesehen ist. Ist als überörtlicher Träger für die Hilfe zur Pflege durch landesrechtliche Vorschriften das Land bestimmt, können die örtlichen Träger der Sozialhilfe, die im Auftrag des Landes die Hilfe zur Pflege durchführen, Modellvorhaben nach Satz 1 beantragen. Sofern sich die Zuständigkeit des jeweiligen Trägers der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch auf mehrere Kreise erstreckt, soll sich das Modellvorhaben auf einen Kreis oder eine kreisfreie Stadt beschränken. Für Stadtstaaten, die nur aus einer kreisfreien Stadt bestehen, ist das Modellvorhaben auf jeweils einen Stadtbezirk zu beschränken. Die Modellvorhaben umfassen insbesondere die Übernahme folgender Aufgaben durch eigene Beratungsstellen:

1. die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c,
2. die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 und
3. Pflegekurse nach § 45.

Die §§ 7a bis 7c, § 17 Absatz 1a, § 37 Absatz 3, 3a, 3b und 4 sowie § 45 gelten entsprechend. In den Modellvorhaben ist eine Zusammenarbeit bei der Beratung nach Satz 5 Nummer 1 und 2 insbesondere mit der Beratung zu Leistungen der Altenhilfe, der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch und der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch sowie mit der Beratung zu Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, zur rechtlichen Betreuung, zu behindertengerechten Wohnangeboten, zum öffentlichen Nahverkehr und zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagements sicherzustellen. Abweichend von Satz 5 Nummer 1 und Absatz 6 Satz 1 kann die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c durch die Pflegekassen erfolgen, soweit die Zusammenarbeit in der Beratung für den örtlichen Geltungsbereich des Modellvorhabens in einer ergänzenden Vereinbarung nach § 7a Absatz 7 Satz 4 in Verbindung mit einer Vereinbarung nach Absatz 5 gewährleistet ist. Die Landesregierungen werden ermächtigt, Schiedsstellen entsprechend § 7c Absatz 7 Satz 1 bis 5 einzurichten und eine Rechtsverordnung entsprechend § 7c Absatz 7 Satz 6 zu erlassen. Absatz 5 Satz 5 bis 7 gilt entsprechend.

(2) Dem Antrag nach Absatz 1 ist ein Konzept beizufügen, wie die Aufgaben durch die Beratungsstellen wahrgenommen werden und mit welchen eigenen sächlichen, personellen und finanziellen Mitteln die Beratungsstellen ausgestattet werden. Eine Zusammenarbeit mit den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, ist anzustreben und im Konzept nachzuweisen. Das Nähere, insbesondere zu den Anforderungen an die Beratungsstellen und an die Anträge nach Absatz 1 sowie zum Widerruf einer Genehmigung nach § 124 Absatz 2 Satz 1, ist bis zum 31. Dezember 2018 durch landesrechtliche Vorschriften zu regeln.

(3) Die zuständige oberste Landesbehörde kann höchstens so viele Modellvorhaben genehmigen, wie ihr nach dem Königsteiner Schlüssel, der für das Jahr 2017 im Bundesanzeiger veröffentlicht ist, bei einer Gesamtzahl von insgesamt 60 Modellvorhaben zustehen. Der Antrag kann genehmigt werden, wenn die Anforderungen nach den Absätzen 1 und 2 in Verbindung mit den landesrechtlichen Vorgaben im Sinne des Absatzes 2 Satz 3 erfüllt sind. Den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene und den Landesverbänden der Pflegekassen ist zu jedem Antrag vor der Genehmigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Länder insgesamt sollen bei der Genehmigung sicherstellen, dass die Hälfte aller bewilligten Modellvorhaben durch Antragsteller nach Absatz 1 durchgeführt wird, die keine mehrjährigen Erfahrungen in strukturierter Zusammenarbeit in der Beratung aufweisen. Länder, die innerhalb der in Absatz 2 Satz 3 genannten Frist keine landesrechtlichen Regelungen getroffen haben oder die die ihnen zustehenden Modellvorhaben nicht nutzen wollen, treten die ihnen zustehenden Modellvorhaben an andere Länder ab. Die Verteilung der nicht in Anspruch genommenen Modellvorhaben auf die anderen Länder wird von den Ländern im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bestimmt.

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt nach Anhörung der kommunalen Spitzenverbände sowie der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und ihrer Angehörigen sowie des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Die Empfehlungen sind bis zum 30. Juni 2017 vorzulegen und bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Länder. Das Bundesministerium für Gesundheit trifft seine Entscheidung im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Zur Begleitung der Modellvorhaben ei-

§ 124 Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der gemeinsamen Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier

(1) Für jedes Modellvorhaben nach § 123 haben Modellträger eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Die Auswertung erfolgt nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten.

(2) In der wissenschaftlichen Begleitung ist zu untersuchen, welche Folgen eine Übernahme in die flächendeckende Regelversorgung hätte, und insbesondere darzulegen,

1. welche personellen oder finanziellen Mittel dies jeweils erfordern würde und auf welche Weise diese personellen und finanziellen Mittel bereitgestellt oder erschlossen werden könnten,
2. welche Vor- oder Nachteile gegenüber der geltenden Rechtslage zu erwarten sind und
3. welche Rechtsgrundlagen für eine Umsetzung zu ändern oder zu schaffen wären.

nes Landes kann die oberste Landesbehörde einen Beirat einrichten, der insbesondere aus den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene und den Landesverbänden der Pflegekassen besteht. Aufgaben des Beirates sind insbesondere, die oberste Landesbehörde bei der Klärung fachlicher und verfahrensbezogener Fragen zu beraten, sowie der Austausch der Mitglieder untereinander über die Unterstützung der Modellvorhaben in eigener Zuständigkeit.

(5) Ist ein Antrag nach Absatz 3 Satz 2 genehmigt, trifft der Antragsteller mit den Landesverbänden der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich eine Vereinbarung

1. zur Zusammenarbeit,
2. zur Einbeziehung bestehender Beratungs- und Kursangebote,
3. zu Nachweis- und Berichtspflichten gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen,
4. zum Übergang der Beratungsaufgaben auf die Beratungsstellen nach Absatz 1 Satz 5,
5. zur Haftung für Schäden, die den Pflegekassen durch fehlerhafte Beratung entstehen, und
6. zur Beteiligung der Pflegekassen mit sächlichen, personellen und finanziellen Mitteln.

Der Beitrag der Pflegekassen nach Satz 1 Nummer 6 darf den Aufwand nicht übersteigen, der entstehen würde, wenn sie die Aufgaben anstelle der Antragsteller nach Absatz 1 im selben Umfang selbst erbringen würden. Grundlage hierfür sind die bisherigen Ausgaben der Pflegekassen für die Aufgabenerfüllung nach Absatz 1 Satz 5. Die Landesregierungen werden ermächtigt, Schiedsstellen entsprechend § 7c Absatz 7 Satz 1 bis 5 einzurichten und eine Rechtsverordnung entsprechend § 7c Absatz 7 Satz 6 zu erlassen. Abweichend von Satz 4 können die Parteien der Vereinbarung nach Satz 1 einvernehmlich eine unparteiische Schiedsperson und zwei unparteiische Mitglieder bestellen, die den Inhalt der Vereinbarung nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen nach ihrer Bestellung festlegen. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Parteien der Vereinbarung zu gleichen Teilen. Kommt eine Einigung der Landesverbände der Pflegekassen untereinander nicht zustande, erfolgt die Beschlussfassung durch die Mehrheit der in § 52 Absatz 1 Satz 1 genannten Stellen.

(6) Mit dem Inkrafttreten der Vereinbarung nach Absatz 5 Satz 1 geht die Verantwortung für die Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c und für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 von anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen mit Wohnort im Bereich der örtlichen Zuständigkeit der Beratungsstelle und von deren Angehörigen sowie für die Pflegekurse nach § 45 auf den Antragsteller nach Absatz 1 über. Die Antragsteller können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben Dritter bedienen. Die Erfüllung der Aufgaben durch Dritte ist im Konzept nach Absatz 2 darzulegen. Sofern sie sich für die Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 Dritter bedienen, ist die Leistungserbringung allen in § 37 Absatz 3b und 8 genannten Einrichtungen zu ermöglichen.

(7) Während der Durchführung des Modellvorhabens weist der Antragsteller gegenüber der obersten Landesbehörde und den am Vertrag beteiligten Landesverbänden der Pflegekassen die Höhe der eingebrachten sächlichen und personellen Mittel je Haushaltsjahr nach. Diese Mittel dürfen die durchschnittlich aufgewendeten Verwaltungsausgaben für die Hilfe zur Pflege und die Eingliederungshilfe bezogen auf den einzelnen Empfänger und für die Altenhilfe bezogen auf alte Menschen im Haushaltsjahr vor Beginn des Modellvorhabens nicht unterschreiten; Ausnahmen hiervon sind bei den sächlichen Mitteln möglich, soweit sich die Abweichung nachweislich aus Einsparungen aufgrund der Zusammenlegung von Beratungsaufgaben ergibt. Die Mittel sind auf der Grundlage der Haushaltsaufstellung im Konzept nach Absatz 2 Satz 1 nachzuweisen.“

(3) In der wissenschaftlichen Begleitung sind Zwischenberichte und Abschlussberichte über die Ergebnisse der Auswertungen der Modellvorhaben zu erstellen. Die Zwischenberichte müssen vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen spätestens zur Hälfte der Laufzeit des Modellvorhabens dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt werden, die Abschlussberichte spätestens sechs Monate nach Ende des Modellvorhabens. Die Vorlage muss in barrierefreier Form erfolgen. Über die Veröffentlichung entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, mit den Ländern und mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

(4) Die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben werden als Teil der Modellvorhaben entsprechend § 123 gefördert.²⁰⁶

206 QUELLE

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 48 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 46 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) und Artikel 1 Nr. 24 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) haben die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 124 Übergangsregelung: Häusliche Betreuung

(1) Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, haben bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, nach den §§ 36 und 123 einen Anspruch auf häusliche Betreuung.

(2) Leistungen der häuslichen Betreuung werden neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung als pflegerische Betreuungsmaßnahmen erbracht. Sie umfassen Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen oder seiner Familie und schließen insbesondere das Folgende mit ein:

1. Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen,
2. Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags, insbesondere Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen und zur Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tag-/Nacht-Rhythmus.

Häusliche Betreuung kann von mehreren Pflegebedürftigen oder Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz auch als gemeinschaftliche häusliche Betreuung im häuslichen Umfeld einer oder eines Beteiligten oder seiner Familie als Sachleistung in Anspruch genommen werden.

(3) Der Anspruch auf häusliche Betreuung setzt voraus, dass die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind.

(4) Das Siebte, das Achte und das Elfte Kapitel sind entsprechend anzuwenden.“

29.07.2017.—Artikel 9 Nr. 5 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Genehmigung zur Durchführung eines Modellvorhabens ist zu widerrufen, wenn die in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Aufgaben oder die nach § 123 Absatz 5 Satz 1 vereinbarten oder die in § 123 Absatz 5 Satz 2 oder Absatz 7 festgelegten Anforderungen nicht oder nicht in vollem Umfang erfüllt werden. Eine Klage gegen den Widerruf hat keine aufschiebende Wirkung. Die zuständige oberste Landesbehörde überprüft die Erfüllung der Aufgaben nach § 123 Absatz 1 anhand der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung nach Absatz 3 zum Abschluss des jeweiligen Haushaltsjahres. Sie überprüft die Erfüllung der Anforderungen nach § 123 Absatz 7 anhand der jeweiligen Haushaltspläne.“

21.12.2019.—Artikel 2c Nr. 1 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2768) hat in Abs. 1 Satz 1 „2019“ durch „2020“ ersetzt.

Artikel 2c Nr. 2 desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 5 „2023“ durch „2024“ und „2026“ durch „2027“ ersetzt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 43a des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 124 Befristung, Widerruf und Begleitung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung; Beirat

§ 125 Modellvorhaben zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur

Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung der Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zusätzlich 10 Millionen Euro im Zeitraum von 2020 bis 2024 zur Verfügung gestellt. Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Maßnahmen in Abstimmung mit der Gesellschaft für Telematik und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu planen und durchzuführen sind.²⁰⁷

(1) Anträge zur Durchführung von Modellvorhaben können bis zum 31. Dezember 2020 gestellt werden. Modellvorhaben nach diesem Kapitel sind auf fünf Jahre zu befristen.

(2) Die Genehmigung zur Durchführung eines Modellvorhabens ist zu widerrufen, wenn die in § 123 Absatz 1 Satz 5 genannten Aufgaben nicht in vollem Umfang erfüllt werden. Die Genehmigung ist auch dann zu widerrufen, wenn die nach § 123 Absatz 5 Satz 1 vereinbarten oder die in § 123 Absatz 5 Satz 2 oder Absatz 7 festgelegten Anforderungen überwiegend nicht erfüllt werden. Eine Klage gegen den Widerruf hat keine aufschiebende Wirkung. Die zuständige oberste Landesbehörde überprüft die Erfüllung der Aufgaben nach § 123 Absatz 1 anhand der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung nach Absatz 3 zum Abschluss des jeweiligen Haushaltsjahres. Sie überprüft die Erfüllung der Anforderungen nach § 123 Absatz 7 anhand der jeweiligen Haushaltspläne.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die für die Modellvorhaben nach § 123 Absatz 1 Satz 1 zuständigen obersten Landesbehörden veranlassen gemeinsam im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit den kommunalen Spitzenverbänden eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung aller Modellvorhaben durch unabhängige Sachverständige. Die Auswertung erfolgt nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Beratung im Vergleich zur Beratung vor Beginn des jeweiligen Modellvorhabens und außerhalb der Modellvorhaben. Die Auswertung schließt einen Vergleich mit den Beratungsangeboten der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung jeweils außerhalb der Modellvorhaben ein. Die unabhängigen Sachverständigen haben einen Zwischenbericht und einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Auswertungen zu erstellen. Der Zwischenbericht ist spätestens am 31. Dezember 2024 und der Abschlussbericht spätestens am 31. Juli 2027 zu veröffentlichen. Die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und der Auswertung der Modellvorhaben tragen je zur Hälfte die für diese Modellvorhaben zuständigen obersten Landesbehörden gemeinsam und der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dessen Beitrag aus Mitteln des Ausgleichsfonds nach § 65 zu finanzieren ist.

(4) Die nach Landesrecht zuständigen Stellen begleiten die Modellvorhaben über die gesamte Laufzeit und sorgen für einen bundesweiten Austausch der Modellvorhaben untereinander unter Beteiligung der für die Begleitung und Auswertung nach Absatz 3 zuständigen unabhängigen Sachverständigen sowie des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der kommunalen Spitzenverbände. Bei der Organisation und Durchführung des Austausches können sich die nach Landesrecht zuständigen Stellen von den unabhängigen Sachverständigen unterstützen lassen, die die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung nach Absatz 3 durchführen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat zur Begleitung der Modellvorhaben im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit ein. Der Beirat tagt mindestens zweimal jährlich und berät den Sachstand der Modellvorhaben. Ihm gehören Vertreterinnen und Vertreter der kommunalen Spitzenverbände, der Länder, der Pflegekassen, der Wissenschaft, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend an.“

207 QUELLE

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 48 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 47 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 1 Satz 1 „nach § 124“ nach „Betreuung“ gestrichen.

AUFHEBUNG

§ 125a Modellvorhaben zur Erprobung von Telepflege

Für eine wissenschaftlich gestützte Erprobung von Telepflege zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Pflegebedürftigen werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zehn Millionen Euro im Zeitraum von 2022 bis 2025 zur Verfügung gestellt. Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Planung des Modellvorhabens im Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, geeigneten Verbänden der Digitalwirtschaft sowie der Gesellschaft für Telematik erfolgt.²⁰⁸

§ 125b Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege

(1) Beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet. Die Aufgaben des Kompetenzzentrums umfassen:

1. regelmäßige Analyse und Evaluation der Umsetzung digitaler Potentiale im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege,
2. Entwicklung von konkreten Empfehlungen insbesondere für Leistungserbringer, Pflegekassen, die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege sowie

11.05.2019.—Artikel 10 Nr. 13 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) hat die Vorschrift aufgehoben. Die Vorschrift lautete:

„§ 125 Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste

(1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann in den Jahren 2013 und 2014 aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit bis zu 5 Millionen Euro Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste vereinbaren. Dienste können als Betreuungsdienste Vereinbarungspartner werden, die insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige dauerhaft häusliche Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung erbringen.

(2) Die Modellvorhaben sind darauf auszurichten, die Wirkungen des Einsatzes von Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung umfassend bezüglich Qualität, Wirtschaftlichkeit, Inhalt der erbrachten Leistungen und Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen zu untersuchen und sind auf längstens drei Jahre zu befristen. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Soweit im Rahmen der Modellvorhaben personenbezogene Daten benötigt werden, können diese mit Einwilligung des Pflegebedürftigen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben. Die Modellvorhaben sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen.

(3) Auf die am Modell teilnehmenden Dienste sind die Vorschriften dieses Buches für Pflegedienste entsprechend anzuwenden. Anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft können sie eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Kraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als verantwortliche Kraft einsetzen; § 71 Absatz 3 Satz 4 ist entsprechend anzuwenden. Die Zulassung der teilnehmenden Betreuungsdienste zur Versorgung bleibt bis zu zwei Jahre nach dem Ende des Modellprogramms gültig.“

QUELLE

19.12.2019.—Artikel 4 Nr. 4 des Gesetzes vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

20.10.2020.—Artikel 5 Nr. 5 des Gesetzes vom 14. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2115) hat in Satz 1 „2022“ durch „2024“ ersetzt.

208 QUELLE

09.06.2021.—Artikel 5 Nr. 20 des Gesetzes vom 3. Juni 2021 (BGBl. I S. 1309) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 44 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Satz 1 „2024“ durch „2025“ ersetzt.

für Pflegeberatungsstellen, mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Digitalisierung in der Langzeitpflege, unter Berücksichtigung der Vorgaben des § 78a,

3. Prüfung und Nutzung der Möglichkeiten der Digitalisierung bei der Vermittlung von Plätzen und Angeboten im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege und Erarbeitung von Empfehlungen, und
4. Unterstützung des Wissenstransfers bei Themen der Digitalisierung in der Langzeitpflege für pflegebedürftige Menschen, ihre Pflegepersonen nach § 19, beruflich Pflegende und Pflegeberatende mit geeigneten Maßnahmen.

(2) Für die Einrichtung des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege werden aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung 10 Millionen Euro im Zeitraum von 2023 bis 2027 zur Verfügung gestellt. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß Satz 1 ergeben. Dieser Finanzierungsanteil kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt Ziele, Inhalte, Planung und Durchführung des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit den Verbänden der Pflegekassen, den Ländern, dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, den kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, dem Deutschen Pflegerat, den auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach § 118 sowie deren Pflegepersonen nach § 19, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie mit der Gesellschaft für Telematik und, soweit vorhanden, mit Kompetenzzentren auf Bundes- und Landesebene. Die Gesellschaft für Telematik soll insbesondere bei der Umsetzung der Aufgaben nach Absatz 1 beteiligt werden, sofern diese einen Bezug zur Telematikinfrastruktur aufweisen. Ebenso ist die oder der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit ins Benehmen zu setzen, sofern datenschutzrechtliche Belange betroffen sind. Für die Förderung gilt § 8 Absatz 3 Satz 5, 8 und 12 entsprechend.

(3) Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu finanzierenden Fördermittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung.

(4) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veranlasst im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Arbeit des Kompetenzzentrums durch unabhängige Sachverständige. Begleitung und Auswertung erfolgen nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards hinsichtlich der Wirksamkeit, Qualität und Kosten der Arbeit des Kompetenzzentrums. Die unabhängigen Sachverständigen haben Berichte über die Ergebnisse der Auswertungen zu erstellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis 2028 jährlich, erstmals zum 1. März 2024, einen barrierefreien Bericht über die Arbeit und Ergebnisse des Kompetenzzentrums vor.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen richtet einen Beirat zur Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit ein. Der Beirat besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Länder, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, des Verbands der privaten Krankenversicherung e.V., der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene, der Verbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, des Deutschen Pflegerates, der auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebe-

dürftiger und behinderter Menschen nach § 118 sowie deren Pflegepersonen nach § 19, der für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und in der Pflege, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Gesellschaft für Telematik, der Wissenschaft sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Bundesministeriums für Gesundheit und der oder des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege.

(6) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen informiert regelmäßig und aktuell über die Aktivitäten und Ergebnisse des Kompetenzzentrums auf einer eigens dafür eingerichteten barrierefreien Internetseite.²⁰⁹

Vierzehntes Kapitel Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge²¹⁰

§ 126 Zulageberechtigte

Personen, die nach dem Dritten Kapitel in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versichert sind (zulageberechtigte Personen), haben bei Vorliegen einer auf ihren Namen lautenden privaten Pflege-Zusatzversicherung unter den in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen Anspruch auf eine Pflegevorsorgezulage. Davon ausgenommen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Personen, die vor Abschluss der privaten Pflege-Zusatzversicherung bereits als Pflegebedürftige Leistungen nach dem Vierten Kapitel oder gleichwertige Vertragsleistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung beziehen oder bezogen haben.²¹¹

§ 127 Pflegevorsorgezulage; Fördervoraussetzungen

(1) Leistet die zulageberechtigte Person mindestens einen Beitrag von monatlich 10 Euro im jeweiligen Beitragsjahr zugunsten einer auf ihren Namen lautenden, gemäß Absatz 2 förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung, hat sie Anspruch auf eine Zulage in Höhe von monatlich 5 Euro. Die Zulage wird bei dem Mindestbeitrag nach Satz 1 nicht berücksichtigt. Die Zulage wird je zulageberechtigter Person für jeden Monat nur für einen Versicherungsvertrag gewährt. Der Mindestbeitrag und die Zulage sind für den förderfähigen Tarif zu verwenden.

(2) Eine nach diesem Kapitel förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung liegt vor, wenn das Versicherungsunternehmen hierfür

1. die Kalkulation nach Art der Lebensversicherung gemäß § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes vorsieht,
2. allen in § 126 genannten Personen einen Anspruch auf Versicherung gewährt,

209 QUELLE
01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 45 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Vorschrift eingefügt.

210 QUELLE
01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 49 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Überschrift des Kapitels eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 27 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat das Dreizehnte Kapitel in das Vierzehnte Kapitel unnummeriert.

211 QUELLE
01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 49 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 48 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Satz 2 „Leistungen nach § 123 oder“ nach „bereits“ gestrichen.

3. auf das ordentliche Kündigungsrecht sowie auf eine Risikoprüfung und die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen verzichtet,
4. bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 einen vertraglichen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen für jeden der in § 15 Absatz 3 und 7 aufgeführten Pflegegrade, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für Pflegegrad 5, vorsieht; die tariflich vorgesehenen Geldleistungen dürfen dabei die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses jeweils geltende Höhe der Leistungen dieses Buches nicht überschreiten, eine Dynamisierung bis zur Höhe der allgemeinen Inflationsrate ist jedoch zulässig; weitere Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht vorsehen,
5. bei der Feststellung des Versicherungsfalles sowie der Festsetzung des Pflegegrades dem Ergebnis des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß den §§ 18 bis 18c folgt; bei Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung sind die entsprechenden Feststellungen des privaten Versicherungsunternehmens zugrunde zu legen,
6. die Wartezeit auf höchstens fünf Jahre beschränkt,
7. einem Versicherungsnehmer, der hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches ist oder allein durch Zahlung des Beitrags hilfebedürftig würde, einen Anspruch gewährt, den Vertrag ohne Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für eine Dauer von mindestens drei Jahren ruhen zu lassen oder den Vertrag binnen einer Frist von drei Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts zu kündigen; für den Fall der Ruhendstellung beginnt diese Frist mit dem Ende der Ruhendstellung, wenn Hilfebedürftigkeit weiterhin vorliegt,
8. die Höhe der in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten begrenzt; das Nähere dazu wird in der Rechtsverordnung nach § 130 geregelt.

Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. wird damit beliehen, hierfür brancheneinheitliche Vertragsmuster festzulegen, die von den Versicherungsunternehmen als Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen förderfähiger Pflege-Zusatzversicherungen zu verwenden sind. Die Beleihung nach Satz 2 umfasst die Befugnis, für Versicherungsunternehmen, die förderfähige private Pflege-Zusatzversicherungen anbieten, einen Ausgleich für Überschäden einzurichten; § 111 Absatz 1 Satz 1 und 2 und Absatz 2 gilt entsprechend. Die Fachaufsicht über den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zu den in den Sätzen 2 und 3 genannten Aufgaben übt das Bundesministerium für Gesundheit aus.

(3) Der Anspruch auf die Zulage entsteht mit Ablauf des Kalenderjahres, für das die Beiträge zu einer privaten Pflege-Zusatzversicherung gemäß § 127 Absatz 1 geleistet worden sind (Beitragsjahr).²¹²

212 QUELLE

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 49 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2016.—Artikel 2 Abs. 24 Nr. 2 des Gesetzes vom 1. April 2015 (BGBl. I S. 434) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 „§ 12“ durch „§ 146“ ersetzt.

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 49 lit. a des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 „jede der in § 15 aufgeführten Pflegestufen, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für die in § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 aufgeführte Pflegestufe III, sowie bei Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a einen Anspruch auf Auszahlung von Geldleistungen“ durch „jeden der in § 15 Absatz 3 und 7 aufgeführten Pflegegrade, dabei in Höhe von mindestens 600 Euro für Pflegegrad 5,“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 49 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 „der Pflegestufe“ durch „des Pflegegrades“ ersetzt und „sowie den Feststellungen über das Vorliegen von erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a“ nach „§ 18“ gestrichen.

01.10.2023.—Artikel 1 Nr. 46 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat in Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 „§ 18“ durch „den §§ 18 bis 18c“ ersetzt.

§ 128 Verfahren; Haftung des Versicherungsunternehmens

(1) Die Zulage gemäß § 127 Absatz 1 wird auf Antrag gewährt. Die zulageberechtigte Person bevollmächtigt das Versicherungsunternehmen mit dem Abschluss des Vertrags über eine förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung, die Zulage für jedes Beitragsjahr zu beantragen. Sofern eine Zulagenummer oder eine Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches für die zulageberechtigte Person noch nicht vergeben ist, bevollmächtigt sie zugleich ihr Versicherungsunternehmen, eine Zulagenummer bei der zentralen Stelle zu beantragen. Das Versicherungsunternehmen ist verpflichtet, der zentralen Stelle nach amtlich vorgeschriebenem Datensatz durch amtlich bestimmte Datenfernübertragung zur Feststellung der Anspruchsberechtigung auf Auszahlung der Zulage zugleich mit dem Antrag in dem Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. März des Kalenderjahres, das auf das Beitragsjahr folgt, Folgendes zu übermitteln:

1. die Antragsdaten,
2. die Höhe der für die zulagefähige private Pflege-Zusatzversicherung geleisteten Beiträge,
3. die Vertragsdaten,
4. die Versicherungsnummer nach § 147 des Sechsten Buches, die Zulagenummer der zulageberechtigten Person oder einen Antrag auf Vergabe einer Zulagenummer,
5. weitere zur Auszahlung der Zulage erforderliche Angaben,
6. die Bestätigung, dass der Antragsteller eine zulageberechtigte Person im Sinne des § 126 ist, sowie
7. die Bestätigung, dass der jeweilige Versicherungsvertrag die Voraussetzungen des § 127 Absatz 2 erfüllt.

Die zulageberechtigte Person ist verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen unverzüglich eine Änderung der Verhältnisse mitzuteilen, die zu einem Wegfall des Zulageanspruchs führt. Hat für das Beitragsjahr, für das das Versicherungsunternehmen bereits eine Zulage beantragt hat, kein Zulageanspruch bestanden, hat das Versicherungsunternehmen diesen Antragsdatensatz zu stornieren.

(2) Die Auszahlung der Zulage erfolgt durch eine zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund; das Nähere, insbesondere die Höhe der Verwaltungskostenerstattung, wird durch Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Bund geregelt. Die Zulage wird bei Vorliegen der Voraussetzungen an das Versicherungsunternehmen gezahlt, bei dem der Vertrag über die private Pflege-Zusatzversicherung besteht, für den die Zulage beantragt wurde. Wird für eine zulageberechtigte Person die Zulage für mehr als einen privaten Pflege-Zusatzversicherungsvertrag beantragt, so wird die Zulage für den jeweiligen Monat nur für den Vertrag gewährt, für den der Antrag zuerst bei der zentralen Stelle eingegangen ist. Soweit der zuständige Träger der Rentenversicherung keine Versicherungsnummer vergeben hat, vergibt die zentrale Stelle zur Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben eine Zulagenummer. Im Fall eines Antrags nach Absatz 1 Satz 3 teilt die zentrale Stelle dem Versicherungsunternehmen die Zulagenummer mit; von dort wird sie an den Antragsteller weitergeleitet. Die zentrale Stelle stellt aufgrund der ihr vorliegenden Informationen fest, ob ein Anspruch auf Zulage besteht, und veranlasst die Auszahlung an das Versicherungsunternehmen zugunsten der zulageberechtigten Person. Ein gesonderter Zulagebescheid ergeht vorbehaltlich des Satzes 9 nicht. Das Versicherungsunternehmen hat die erhaltenen Zulagen unverzüglich dem begünstigten Vertrag gutzuschreiben. Eine Festsetzung der Zulage erfolgt nur auf besonderen Antrag der zulageberechtigten Person. Der Antrag ist schriftlich innerhalb eines Jahres nach Übersendung der Information nach Absatz 3 durch das Versicherungsunternehmen vom Antragsteller an das Versicherungsunternehmen zu richten. Das Versicherungsunternehmen leitet den Antrag der zentralen Stelle zur Festsetzung zu. Es hat dem Antrag eine Stellungnahme und die zur Festsetzung erforderlichen Unterlagen beizufügen. Die zentrale Stelle teilt die Festsetzung auch dem Versicherungsunternehmen mit. Erkennt die zentrale Stelle nachträglich, dass der Zulageanspruch nicht bestanden hat oder weggefallen ist, so hat sie zu Unrecht gutgeschriebene oder ausgezahlte Zulagen zurückzufordern und dies dem Versicherungsunternehmen durch Datensatz mitzuteilen.

(3) Kommt die zentrale Stelle zu dem Ergebnis, dass kein Anspruch auf Zulage besteht oder bestanden hat, teilt sie dies dem Versicherungsunternehmen mit. Dieses hat die versicherte Person innerhalb eines Monats nach Eingang des entsprechenden Datensatzes darüber zu informieren.

(4) Das Versicherungsunternehmen haftet im Fall der Auszahlung einer Zulage gegenüber dem Zulageempfänger dafür, dass die in § 127 Absatz 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(5) Die von der zentralen Stelle veranlassten Auszahlungen von Pflegevorsorgezulagen sowie die entstehenden Verwaltungskosten werden vom Bundesministerium für Gesundheit getragen. Zu den Verwaltungskosten gehören auch die entsprechenden Kosten für den Aufbau der technischen und organisatorischen Infrastruktur. Soweit das Bundesamt für Soziale Sicherung die Aufsicht über die zentrale Stelle ausübt, untersteht es abweichend von § 94 Absatz 2 Satz 2 des Vierten Buches dem Bundesministerium für Gesundheit.²¹³

§ 129 Wartezeit bei förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen

Soweit im Vertrag über eine gemäß § 127 Absatz 2 förderfähige private Pflege-Zusatzversicherung eine Wartezeit vereinbart wird, darf diese abweichend von § 197 Absatz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes fünf Jahre nicht überschreiten.²¹⁴

§ 130 Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen, die Näheres regeln über

1. die zentrale Stelle gemäß § 128 Absatz 2 und ihre Aufgaben,
2. das Verfahren für die Ermittlung, Festsetzung, Auszahlung, Rückzahlung und Rückforderung der Zulage,
3. den Datenaustausch zwischen Versicherungsunternehmen und zentraler Stelle nach § 128 Absatz 1 und 2,
4. die Begrenzung der Höhe der bei förderfähigen Pflege-Zusatzversicherungen in Ansatz gebrachten Verwaltungs- und Abschlusskosten.²¹⁵

Fünftehntes Kapitel Bildung eines Pflegevorsorgefonds²¹⁶

213 QUELLE

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 49 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 38 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat die Sätze 3 und 4 in Abs. 5 aufgehoben. Die Sätze 3 und 4 lauteten: „Die gesamten Verwaltungskosten werden nach Ablauf eines jeden Beitragsjahres erstattet; dabei sind die Personal- und Sachkostensätze des Bundes entsprechend anzuwenden. Ab dem Jahr 2014 werden monatliche Abschläge gezahlt.“

214 QUELLE

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 49 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

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

215 QUELLE

01.01.2013.—Artikel 1 Nr. 49 des Gesetzes vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246) hat die Vorschrift eingefügt.

216 QUELLE

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat die Überschrift des Kapitels eingefügt.

ÄNDERUNGEN

§ 131 Pflegevorsorgefonds

In der sozialen Pflegeversicherung wird ein Sondervermögen unter dem Namen „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ errichtet.²¹⁷

§ 132 Zweck des Vorsorgefonds

Das Sondervermögen dient der langfristigen Stabilisierung der Beitragsentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung. Es darf nach Maßgabe des § 136 nur zur Finanzierung der Leistungsaufwendungen der sozialen Pflegeversicherung verwendet werden.²¹⁸

§ 133 Rechtsform und Vertretung in gerichtlichen Verfahren

Das Sondervermögen ist nicht rechtsfähig. Es kann unter seinem Namen im rechtsgeschäftlichen Verkehr handeln, klagen und verklagt werden. Die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren erfolgt ab dem 1. Januar 2020 durch das Bundesversicherungsamt. Die Entscheidung über die Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens trifft das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem in dem in § 134 Absatz 2 Satz 3 genannten Anlageausschuss vertretenen Bundesministerium für Gesundheit. Dem Bundesversicherungsamt bezüglich der Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren entstehende Kosten werden aus Mitteln des Pflegevorsorgefonds getragen. Der allgemeine Gerichtsstand des Sondervermögens ist Bonn. Die Vertretung des Sondervermögens in gerichtlichen Verfahren einschließlich der Entscheidung über die Einleitung gerichtlicher Verfahren erfolgt bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 durch das Bundesministerium für Gesundheit. Für bis zum Ablauf des 31. Dezember 2019 anhängig gewordene gerichtliche Verfahren verbleibt die Vertretung bis zum Abschluss der Verfahren beim Bundesministerium für Gesundheit.²¹⁹

§ 134 Verwaltung und Anlage der Mittel

(1) Die Verwaltung und die Anlage der Mittel des Sondervermögens werden der Deutschen Bundesbank übertragen. Für die Verwaltung des Sondervermögens und seiner Mittel werden der Bundesbank entsprechend § 20 Satz 2 des Gesetzes über die Deutsche Bundesbank keine Kosten erstattet.

(2) Die dem Sondervermögen zufließenden Mittel einschließlich der Erträge sind unter sinngemäßer Anwendung der Anlagerichtlinien für die Sondervermögen „Vermögensrücklage des Bundes“, „Versorgungsfonds des Bundes“, „Versorgungsfonds der Bundesagentur für Arbeit“ und „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ (Anlagerichtlinien Sondervermögen) zu marktüblichen

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 27 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat das Vierzehnte Kapitel in das Fünfzehnte Kapitel unnummeriert.

217 QUELLE

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat die Vorschrift eingefügt.

218 QUELLE

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat die Vorschrift eingefügt.

219 QUELLE

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

15.12.2018.—Artikel 11 Nr. 21 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„§ 133 Rechtsform

Das Sondervermögen ist nicht rechtsfähig. Es kann unter seinem Namen im rechtsgeschäftlichen Verkehr handeln, klagen und verklagt werden. Der allgemeine Gerichtsstand des Sondervermögens ist Frankfurt am Main.“

Bedingungen anzulegen. Dabei ist der in Aktien oder Aktienfonds angelegte Anteil des Sondervermögens ab dem Jahr 2035 über einen Zeitraum von höchstens zehn Jahren abzubauen. Das Bundesministerium für Gesundheit ist im Anlageausschuss nach § 5 der Anlagerichtlinien für die Sondervermögen „Versorgungsrücklage des Bundes“, „Versorgungsfonds des Bundes“, „Versorgungsfonds der Bundesagentur für Arbeit“ und „Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung“ (Anlagerichtlinien Sondervermögen) vertreten.

(3) Für Zwecke der Doppelbesteuerungsabkommen gilt das Sondervermögen als in Deutschland ansässige Person, die der deutschen Besteuerung unterliegt.²²⁰

§ 135 Zuführung der Mittel

(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung führt dem Sondervermögen monatlich zum 20. des Monats zu Lasten des Ausgleichsfonds einen Betrag zu, der einem Zwölftel von 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres entspricht. Für die Berechnung des Abführungsbetrags wird der Beitragssatz gemäß § 55 Absatz 1 zugrunde gelegt.

(2) Die Zuführung nach Absatz 1 erfolgt erstmals zum 20. Februar 2015 und endet mit der Zahlung für Dezember 2033.

(3) Für das Jahr 2023 erfolgt die Zuführung nach Absatz 1 im Jahr 2024 in zwölf Raten in Höhe von je einem Zwölftel vom 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres.²²¹

§ 136 Verwendung des Sondervermögens

Ab dem Jahr 2035 kann das Sondervermögen zur Sicherung der Beitragssatzstabilität der sozialen Pflegeversicherung verwendet werden, wenn ohne eine Zuführung von Mitteln an den Ausgleichsfonds eine Beitragssatzanhebung erforderlich würde, die nicht auf über eine allgemeine Dynamisierung der Leistungen hinausgehenden Leistungsverbesserungen beruht. Die Obergrenze der

220 QUELLE

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 24a lit. a des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat in Abs. 2 Satz 1 „des Versorgungsfonds des Bundes“ durch „für die Sondervermögen ‚Vermögensrücklage des Bundes‘, ‚Versorgungsfonds des Bundes‘, ‚Versorgungsfonds der Bundesagentur für Arbeit‘ und ‚Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung‘ (Anlagerichtlinien Sondervermögen)“ ersetzt.

Artikel 1 Nr. 24a lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 Satz 3 „§ 4a der Anlagerichtlinien des Versorgungsfonds des Bundes“ durch „§ 5 der Anlagerichtlinien für die Sondervermögen ‚Versorgungsrücklage des Bundes‘, ‚Versorgungsfonds des Bundes‘, ‚Versorgungsfonds der Bundesagentur für Arbeit‘ und ‚Vorsorgefonds der sozialen Pflegeversicherung‘ (Anlagerichtlinien Sondervermögen)“ ersetzt.

01.01.2023.—Artikel 1 Nr. 47 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat Abs. 3 eingefügt.

221 QUELLE

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2016.—Artikel 1 Nr. 41 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat Abs. 1 Satz 2 eingefügt.

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

29.12.2022.—Artikel 8a Nr. 6 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) hat Abs. 3 eingefügt.

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 48 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat Abs. 3 neu gefasst. Abs. 3 lautete:

„(3) Für das Jahr 2023 erfolgt die Zuführung nach Absatz 1 im Dezember 2023 in einer Rate in Höhe von 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres.“

jährlich auf Anforderung des Bundesamtes für Soziale Sicherung an den Ausgleichsfonds abführbaren Mittel ist der 20. Teil des Realwertes des zum 31. Dezember 2034 vorhandenen Mittelbestandes des Sondervermögens. Erfolgt in einem Jahr kein Abruf, so können die für dieses Jahr vorgesehenen Mittel in den Folgejahren mit abgerufen werden, wenn ohne eine entsprechende Zuführung von Mitteln an den Ausgleichsfonds eine Beitragssatzanhebung erforderlich würde, die nicht auf über eine allgemeine Dynamisierung der Leistungen hinausgehenden Leistungsverbesserungen beruht.²²²

§ 137 Vermögenstrennung

Das Vermögen ist von dem übrigen Vermögen der sozialen Pflegeversicherung sowie von seinen Rechten und Verbindlichkeiten getrennt zu halten.²²³

§ 138 Jahresrechnung

Die Deutsche Bundesbank legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich einen Bericht über die Verwaltung der Mittel des Sondervermögens vor. Darin sind der Bestand des Sondervermögens einschließlich der Forderungen und Verbindlichkeiten sowie die Einnahmen und Ausgaben auszuweisen.²²⁴

§ 139 Auflösung

Das Sondervermögen gilt nach Auszahlung seines Vermögens als aufgelöst.²²⁵

Sechzehntes Kapitel Überleitungs- und Übergangsrecht²²⁶

Erster Abschnitt

Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung sowie Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs²²⁷

222 QUELLE

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

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

223 QUELLE

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat die Vorschrift eingefügt.

224 QUELLE

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat die Vorschrift eingefügt.

225 QUELLE

01.01.2015.—Artikel 1 Nr. 30 des Gesetzes vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222) hat die Vorschrift eingefügt.

226 QUELLE

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 50 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) und Artikel 1 Nr. 27 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) haben die Überschrift des Kapitels eingefügt.

227 QUELLE

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 50 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Überschrift des Abschnitts eingefügt.

§ 140 Anzuwendendes Recht und Überleitung in die Pflegegrade

(1) Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfolgt jeweils auf der Grundlage des zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts. Der Erwerb einer Anspruchsberechtigung auf Leistungen der Pflegeversicherung richtet sich ebenfalls nach dem zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Recht.

(2) Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung,

1. bei denen das Vorliegen einer Pflegestufe im Sinne der §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt worden ist und
2. bei denen spätestens am 31. Dezember 2016 alle Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine regelmäßig wiederkehrende Leistung der Pflegeversicherung vorliegen,

werden mit Wirkung ab dem 1. Januar 2017 ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung nach Maßgabe von Satz 3 einem Pflegegrad zugeordnet. Die Zuordnung ist dem Versicherten schriftlich mitzuteilen. Für die Zuordnung gelten die folgenden Kriterien:

1. Versicherte, bei denen eine Pflegestufe nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, aber nicht zusätzlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, werden übergeleitet
 - a) von Pflegestufe I in den Pflegegrad 2,
 - b) von Pflegestufe II in den Pflegegrad 3,
 - c) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 4 oder
 - d) von Pflegestufe III in den Pflegegrad 5, soweit die Voraussetzungen für Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurden;
2. Versicherte, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, werden übergeleitet
 - a) bei nicht gleichzeitigem Vorliegen einer Pflegestufe nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 2,
 - b) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe I nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 3,
 - c) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe II nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in den Pflegegrad 4,
 - d) bei gleichzeitigem Vorliegen der Pflegestufe III nach den §§ 14 und 15 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, auch soweit zusätzlich die Voraussetzungen für Leistungen nach § 36 Absatz 4 oder § 43 Absatz 3 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurden, in den Pflegegrad 5.

(3) Die Zuordnung zu dem Pflegegrad, in den der Versicherte gemäß Absatz 2 übergeleitet worden ist, bleibt auch bei einer Begutachtung nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht erhalten, es sei denn, die Begutachtung führt zu einer Anhebung des Pflegegrades oder zu der Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr vorliegt. Satz 1 gilt auch bei einem Erlöschen der Mitgliedschaft im Sinne von § 35 ab dem 1. Januar 2017, wenn die neue Mitgliedschaft unmittelbar im Anschluss begründet wird. Die Pflegekasse, bei der die Mitgliedschaft beendet wird, ist verpflichtet, der Pflegekasse, bei der die neue Mitgliedschaft begründet wird, die bisherige Einstufung des Versicherten rechtzeitig schriftlich mitzuteilen. Entsprechendes gilt bei einem Wechsel zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und einem Wechsel von sozialer zu privater sowie von privater zu sozialer Pflegeversicherung.

(4) Stellt ein Versicherter, bei dem das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung festgestellt wurde, ab dem 1. Januar 2017 einen erneuten Antrag auf Feststellung von Pflegebedürf-

tigkeit und lagen die tatsächlichen Voraussetzungen für einen höheren als durch die Überleitung erreichten Pflegegrad bereits vor dem 1. Januar 2017 vor, richten sich die ab dem Zeitpunkt der Änderung der tatsächlichen Verhältnisse zu erbringenden Leistungen im Zeitraum vom 1. November 2016 bis 31. Dezember 2016 nach dem ab 1. Januar 2017 geltenden Recht. Entsprechendes gilt für Versicherte bei einem privaten Pflegeversicherungsunternehmen.²²⁸

§ 141 Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

(1) Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 38a, 40 Absatz 2, den §§ 41, 44a, 45b, 123 und 124 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. Hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 45b in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung richtet sich die Gewährung von Besitzstandsschutz abweichend von Satz 1 nach Absatz 2. Für Versicherte, die am 31. Dezember 2016 Leistungen nach § 43 bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach Absatz 3. Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt.

(2) Versicherte,

1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b Absatz 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung haben und
2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den §§ 36, 37 und 41 unter Berücksichtigung des § 140 Absatz 2 und 3 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den §§ 36, 37 und 41 unter Berücksichtigung des § 123 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung am 31. Dezember 2016 zustanden,

haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 45b in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag ist den Versicherten schriftlich mitzuteilen und zu erläutern. Für den Zuschlag auf den Entlastungsbetrag gilt § 45b Absatz 3 entsprechend. Bei Versicherten, die keinen Anspruch auf einen Zuschlag haben und deren Ansprüche nach § 45b zum 1. Januar 2017 von 208 Euro auf 125 Euro monatlich abgesenkt werden, sind zur Sicherstellung des Besitzstandsschutzes monatlich Leistungen der Pflegeversicherung in Höhe von bis zu 83 Euro nicht auf Fürsorgeleistungen zur Pflege anzurechnen.

(3) (weggefallen)

(4) Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 44 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pfl egetätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 und 3 des Sechsten Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben.

(4a) In den Fällen des § 140 Absatz 4 richten sich die Versicherungspflicht als Pflegeperson in der Rentenversicherung und die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen für Zeiten vor dem 1. Januar 2017 nach den §§ 3 und 166 des Sechsten Buches in der bis zum 31. Dezember 2016 gel-

228 QUELLE

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 50 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift eingefügt.

tenden Fassung. Die dabei anzusetzende Pflegestufe erhöht sich entsprechend dem Anstieg des Pflegegrades gegenüber dem durch die Überleitung erreichten Pflegegrad.

(5) Absatz 4 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass

1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt oder
2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 19 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung ist.

Absatz 4 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 des Sechsten Buches eintritt.

(6) Für Pflegepersonen im Sinne des § 44 Absatz 2 gelten die Absätze 4, 4a und 5 entsprechend.

(7) Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherungspflichtig waren, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. Satz 1 gilt, soweit und solange sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht keine günstigeren Ansprüche ergeben. Satz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt.

(8) Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß § 91 Absatz 2 in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrages, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. Dies gilt entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.²²⁹

229 QUELLE

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 50 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) und Artikel 1 Nr. 25 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) haben die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2022.—Artikel 2 Nr. 39 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat Abs. 3 bis 3c aufgehoben. Abs. 3 bis 3c lauteten:

„(3) Ist bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Vormonat, so ist zum Leistungsbetrag nach § 43 von Amts wegen ein monatlicher Zuschlag in Höhe der Differenz von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung zu zahlen. In der Vergleichsberechnung nach Satz 1 sind für beide Monate jeweils die vollen Pflegesätze und Leistungsbeträge zugrunde zu legen. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn der Leistungsbetrag nach § 43 Absatz 2 Satz 2 die in § 43 Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigt und zur Finanzierung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eingesetzt worden ist. Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, ist der Zuschlag entsprechend zu kürzen. Die Pflegekassen teilen die Höhe des monatlichen Zuschlages nach Satz 1 sowie jede Änderung der Zuschlagshöhe den Pflegebedürftigen schriftlich mit. Die Sätze 1 bis 5 gelten entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

(3a) Für Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 1 und 2 in Anspruch nehmen, gilt der am 31. Dezember 2016 gezahlte Pflegesatz für die Dauer der Kurzzeitpflege fort. Nehmen Pflegebedürftige am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 und nach dem Ende der Kurzzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts auch Sachleistungen der vollstationären Pflege nach § 43 in derselben Einrichtung in Anspruch, so ermittelt sich der von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung nach Absatz 3 Satz 1 von Amts wegen ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege nach § 43 zu zahlende monatliche Zuschlag aus

§ 142 Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren

Bei Versicherten, die nach § 140 von einer Pflegestufe in einen Pflegegrad übergeleitet wurden, werden bis zum 1. Januar 2019 keine Wiederholungsbegutachtungen nach § 18 Absatz 2 Satz 5 durchgeführt; auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst oder anderen unabhängigen Gutachtern empfohlen wurde. Abweichend von Satz 1 können Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden, wenn eine Verbesserung der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, insbesondere aufgrund von durchgeführten Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen, zu erwarten ist.²³⁰

der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 und dem individuellen Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen im Monat Dezember 2016 in der Einrichtung zu tragen gehabt hätten. Absatz 3 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.

(3b) Wechseln Pflegebedürftige im Sinne der Absätze 3 und 3a zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2021 die vollstationäre Pflegeeinrichtung, so ermittelt sich der von der Pflegekasse an die neue Pflegeeinrichtung nach Absatz 3 Satz 1 von Amts wegen ab dem Zeitpunkt des Wechsels zu zahlende monatliche Zuschlag aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3, den die Pflegebedürftigen im Monat Januar 2017 in der neuen Einrichtung zu tragen haben oder zu tragen gehabt hätten, und dem individuellen Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen im Monat Dezember 2016 in der neuen Einrichtung zu tragen gehabt hätten. Bei einem Wechsel in eine neu zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung, die erstmalig ab 1. Januar 2017 oder später eine Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen hat, behalten Pflegebedürftige mit ihrem Wechsel ihren nach Absatz 3 ermittelten monatlichen Zuschlagsbetrag. Absatz 3 Satz 2 bis 6 gilt entsprechend.

(3c) Erhöht sich der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 für Pflegebedürftige im Sinne der Absätze 3, 3a und 3b im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017, findet Absatz 3 entsprechende Anwendung, sofern sich die Erhöhung aus der erstmaligen Vereinbarung der neuen Pflegesätze im Rahmen der Überleitung, Einführung und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergibt. Dies gilt auch für Pflegebedürftige, die im Dezember 2016 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt wurden, und die durch die Erhöhung erstmals einen höheren einrichtungseinheitlichen Eigenanteil zu tragen hätten im Vergleich zum jeweiligen individuellen Eigenanteil im Dezember 2016. Der Vergleichsberechnung ist neben dem Monat Dezember 2016 der Monat im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017 zugrunde zu legen, in dem der einrichtungseinheitliche Eigenanteil erstmalig höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Monat Dezember 2016 ist oder in den Fällen des Absatzes 3a gewesen wäre.“

230 QUELLE

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 50 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2020.—Artikel 10 Nr. 27 lit. a litt. bb des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) hat in Abs. 1 Satz 1 „der Krankenversicherung“ nach „Dienst“ gestrichen.

Artikel 10 Nr. 27 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 2 und 3 aufgehoben. Abs. 2 und 3 lauteten:

„(2) Die Frist nach § 18 Absatz 3 Satz 2 ist vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 unbeachtlich. Abweichend davon ist denjenigen, die ab dem 1. Januar 2017 einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen und bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen berichten in der nach § 18 Absatz 3b Satz 4 zu veröffentlichenden Statistik auch über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.

(3) Abweichend von § 18 Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 ist die Pflegekasse vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2017 nur bei Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs gemäß Absatz 2 dazu verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.“

§ 142a Übergangsregelung für eine telefonische Begutachtung

(1) Um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ergänzend oder alternativ zu einer Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zu ermöglichen, hat der Medizinische Dienst Bund im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen die Richtlinien nach § 17 Absatz 1 unter Berücksichtigung der Maßgaben des Absatzes 2 anzupassen. § 17 Absatz 1 Satz 2 bis 6 findet Anwendung.

(2) Den Anpassungen nach Absatz 1 sind die Ergebnisse mindestens einer durch den Medizinischen Dienst Bund oder durch einen Medizinischen Dienst nach § 278 des Fünften Buches beauftragten pflegewissenschaftlichen Studie zugrunde zu legen, die fachlich begründete Aussagen dazu trifft, ob, in welchen Fallkonstellationen und jeweils unter welchen Voraussetzungen eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Antragstellers in seinem Wohnbereich erfolgen kann. Die Studien nach Satz 1 haben ebenfalls Aussagen darüber zu beinhalten, ob die Ergebnisse zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch ein strukturiertes telefonisches Interview im Hinblick auf den festzustellenden Pflegegrad und die gutachterlichen Empfehlungen und Stellungnahmen nach dem Zweiten Kapitel den Ergebnissen einer persönlichen Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich gleichzusetzen sind. Eine Begutachtung aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ist ausgeschlossen, wenn

1. es sich um eine erstmalige Untersuchung des Antragstellers handelt, in der geprüft wird, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt,
2. es sich um eine Untersuchung aufgrund eines Widerspruchs gegen eine Entscheidung der Pflegekasse zum festgestellten Pflegegrad handelt,
3. es sich um eine Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern handelt oder
4. die der Begutachtung unmittelbar vorangegangene Begutachtung das Ergebnis enthält, dass Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 Absatz 1 nicht vorliegt.

Sowohl Personen- und Altersgruppen als auch Begutachtungsanlässe und Begutachtungssituationen, in denen eine Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview aus fachlicher Sicht entweder nicht oder nur bei Anwesenheit einer weiteren Person, die die antragstellende Person bei der Begutachtung unterstützt, angezeigt ist, sind in den Anpassungen nach Absatz 1 abschließend aufzuführen. Für Fallkonstellationen nach Satz 4 ist eine ergänzende oder alternative Begutachtung aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews ausgeschlossen oder, sofern die Anwesenheit einer weiteren Person zur Unterstützung bei der Begutachtung angezeigt ist, nur bei Anwesenheit einer weiteren Person möglich; die Anwesenheit der Unterstützungsperson ist vor Beginn der Begutachtung festzustellen. Gutachterinnen und Gutachter, die strukturierte telefonische Interviews durchführen, müssen über Vorerfahrungen in der Begutachtung mittels persönlicher Untersuchung von Versicherten in deren Wohnbereich verfügen; weitere Einzelheiten zu der Qualifikation von Gutachterinnen und Gutachtern sind in den Anpassungen nach Absatz 1 vorzugeben.

(3) § 17 Absatz 2 findet Anwendung. Eine Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit wird frühestens am 15. August 2023 wirksam. Die Nichtbeanstandung der nach Absatz 1 angepassten Richtlinien kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung dieser Auflagen eine angemessene Frist setzen.

(4) Mit Wirksamwerden der nach Absatz 1 vorgenommenen Anpassungen der Richtlinien nach § 17 Absatz 1 kann abweichend von den entsprechenden Bestimmungen des Zweiten Kapitels die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad ergänzend oder alternativ zur Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich aufgrund eines strukturierten telefonischen Interviews erfolgen. Der Wunsch des Antragstellers, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, geht einer Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview vor.

Der Antragsteller ist über sein Wahlrecht nach Satz 2 durch die Gutachterin oder den Gutachter zu informieren; die Entscheidung des Antragstellers ist im Begutachtungsformular schriftlich oder elektronisch zu dokumentieren.

(5) Der Medizinische Dienst Bund berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2024 über die Erfahrungen der Medizinischen Dienste mit der Durchführung von strukturierten telefonischen Interviews zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und über erforderliche Änderungsbedarfe in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1. Für die Berichterstattung nach Satz 1 beauftragt der Medizinische Dienst Bund eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen unabhängigen Sachverständigen mit der begleitenden Evaluation von Begutachtungen, die auf Grundlage der Anpassungen nach Absatz 1 durchgeführt werden; der Evaluationsbericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich vorzulegen.²³¹

§ 143 Sonderanpassungsrecht für die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die technischen Berechnungsgrundlagen privater Pflegeversicherungsverträge

(1) Bei einer Pflegeversicherung, bei der die Prämie nach Art der Lebensversicherung berechnet wird und bei der das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen ist, kann der Versicherer seine Allgemeinen Versicherungsbedingungen auch für bestehende Versicherungsverhältnisse entsprechend den Vorgaben nach § 140 ändern, soweit der Versicherungsfall durch den Pflegebedürftigkeitsbegriff nach den §§ 14 und 15 bestimmt wird.

(2) Der Versicherer ist zudem berechtigt, auch für bestehende Versicherungsverhältnisse die technischen Berechnungsgrundlagen insoweit zu ändern, als die Leistungen an die Pflegegrade nach § 140 Absatz 2 und die Prämien daran angepasst werden. § 155 Absatz 1 und 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes findet Anwendung.

(3) Dem Versicherungsnehmer sind die geänderten Versicherungsbedingungen nach Absatz 1 und die Neufestsetzung der Prämie nach Absatz 2 unter Kenntlichmachung der Unterschiede sowie unter Hinweis auf die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitzuteilen. Anpassungen nach den Absätzen 1 und 2 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

(4) Gesetzlich oder vertraglich vorgesehene Sonderkündigungsrechte des Versicherungsnehmers bleiben hiervon unberührt.²³²

Zweiter Abschnitt

Sonstige Überleitungs-, Übergangs- und Besitzstandsschutzregelungen²³³

§ 144 Überleitungs- und Übergangsregelungen, Verordnungsermächtigung

(1) Für Personen, die am 31. Dezember 2014 einen Anspruch auf einen Wohngruppenzuschlag nach § 38a in der am 31. Dezember 2014 geltenden Fassung haben, wird diese Leistung weiter erbracht, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat.

231 QUELLE

01.07.2023.—Artikel 1 Nr. 49 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat die Vorschrift eingefügt.

232 QUELLE

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 50 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

20.07.2021.—Artikel 2 Nr. 40 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) hat in Abs. 2 Satz 2 „§ 12b Absatz 1 und 1a“ durch „§ 155 Absatz 1 und 2“ ersetzt.

233 QUELLE

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 50 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) und Artikel 1 Nr. 28 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) haben die Überschrift des Abschnitts eingefügt.

(2) Am 31. Dezember 2016 nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote und niedrigschwellige Entlastungsangebote im Sinne der §§ 45b und 45c in der zu diesem Zeitpunkt geltenden Fassung gelten auch ohne neues Anerkennungsverfahren als nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung hiervon abweichende Regelungen zu treffen.

(3) Soweit Versicherte im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 oder Absatz 1a in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfüllt haben und ab dem 1. Januar 2017 die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung erfüllen, können sie Leistungsbeträge nach § 45b, die sie in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 nicht zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt haben, bis zum 31. Dezember 2018 zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung einsetzen. Die in Satz 1 genannten Mittel können ebenfalls zur nachträglichen Kostenerstattung für Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung genutzt werden, die von den Anspruchsberechtigten in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 bezogen worden sind. Die Kostenerstattung nach Satz 2 ist bis zum Ablauf des 31. Dezember 2018 zu beantragen. Dem Antrag sind entsprechende Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der bezogenen Leistungen beizufügen.

(4) Die im Jahr 2015 gemäß § 45c zur Verfügung gestellten Fördermittel, die nach § 45c Absatz 5 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung auf das Folgejahr 2016 übertragen und bis zum Ende des Jahres 2016 in den Ländern nicht in Anspruch genommen worden sind, können im Jahr 2017 gemäß § 45c Absatz 6 Satz 3 bis 9 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung von den Ländern beantragt werden, die im Jahr 2015 mindestens 80 Prozent der auf sie gemäß § 45c Absatz 5 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Mittel ausgeschöpft haben.

(5) In Fällen, in denen am 31. Dezember 2016 der Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung mit Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach dem Zwölften Buch, dem Bundesversorgungsgesetz oder dem Achten Buch bereits zusammentrifft, muss eine Vereinbarung nach § 13 Absatz 4 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung nur dann abgeschlossen werden, wenn einer der beteiligten Träger oder der Leistungsbezieher dies verlangt. Trifft der Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung außerdem mit Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder dem Bundesversorgungsgesetz zusammen, gilt Satz 1 entsprechend.²³⁴

234 QUELLE

01.01.2017.—Artikel 2 Nr. 50 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) und Artikel 1 Nr. 26 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) haben die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.01.2024.—Artikel 39 Nr. 12 des Gesetzes vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) hat Abs. 6 eingefügt. Abs. 6 wird lauten:

„(6) Für Personen, die Leistungen nach dem Soldatenversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. September 2009 (BGBl. I S. 3054), das zuletzt durch Artikel 19 des Gesetzes vom 4. August 2019 (BGBl. I S. 1147) geändert worden ist, in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 13. Juni 2019 (BGBl. I S. 793) geändert worden ist, erhalten, gelten die Vorschriften des § 13 Absatz 1 Nummer 1, Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 und Satz 3, des § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, des § 21 Nummer 1 und 3, des § 23 Absatz 5, des § 34 Absatz 1 Nummer 2, des § 50 Absatz 2 Nummer 1 und 3, des § 56 Absatz 4, des § 57 Absatz 4 Satz 4, des § 59 Absatz 3 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und des § 144 Absatz 5 Satz 2 in der am 31. Dezember 2023 geltenden Fassung weiter.“

01.01.2025.—Artikel 46 Nr. 10 des Gesetzes vom 20. August 2021 (BGBl. I S. 3932) hat Abs. 6 aufgehoben.

§ 145 Besitzstandsschutz für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen in häuslicher Pflege

Für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die am 1. Januar 2017 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege haben und in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung keine Anwendung findet, findet § 43a auch in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung keine Anwendung. Wechseln diese pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen nach dem 1. Januar 2017 die Wohnform, findet Satz 1 keine Anwendung, solange sie in einer Wohnform leben, auf die § 43a in der am 1. Januar 2017 geltenden Fassung Anwendung gefunden hätte, wenn sie am 1. Januar 2017 in einer solchen Wohnform gelebt hätten.²³⁵

§ 146 Übergangs- und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3

(1) Für die jeweilige beratende Stelle gelten die Vergütungssätze nach § 37 Absatz 3 Satz 5 und 6 in der am 31. Dezember 2018 geltenden Fassung so lange, bis die Vergütung für Beratungseinsätze erstmals für die jeweilige beratende Stelle vereinbart oder durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt wird.

(2) Zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2, die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Fassung durchgeführt haben, gelten ab dem 1. Januar 2019 als nach § 37 Absatz 7 anerkannte Beratungsstellen.²³⁶

Dritter Abschnitt

Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie²³⁷

§ 147 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18

(1) Abweichend von § 18 Absatz 2 Satz 1 kann die Begutachtung bis einschließlich 31. März 2022 ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich erfolgen, wenn dies zur Verhinderung des Risikos einer Ansteckung des Versicherten oder des Gutachters mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zwingend erforderlich ist; der Wunsch des Versicherten, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, ist zu berücksichtigen. Grundlage für die Begutachtung bilden bis zu diesem Zeitpunkt insbesondere die zum Versicherten zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie die Angaben und Auskünfte, die beim Versicherten, seinen Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen einzuholen sind. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen entwickelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. Oktober 2020 bundesweit einheitliche Maßgaben dafür, unter welchen Schutz- und Hygieneanforderungen eine Begutachtung durch eine Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich stattfindet und in

01.07.2025.—Artikel 2a Nr. 17 des Gesetzes vom 19. Juni 2023 (BGBl. I Nr. 155) hat Abs. 6 eingefügt. Abs. 6 wird lauten:

„(6) Die Leistungsbeträge, die für Leistungen der Verhinderungspflege gemäß § 39 sowie für Leistungen der Kurzzeitpflege gemäß § 42 im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis einschließlich zum 30. Juni 2025 verbraucht worden sind, werden auf den Leistungsbetrag des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 42a für das Kalenderjahr 2025 angerechnet.“

235 QUELLE

01.01.2017.—Artikel 1 Nr. 29 des Gesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3191) hat die Vorschrift eingefügt.

236 QUELLE

01.01.2019.—Artikel 11 Nr. 22 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) hat die Vorschrift eingefügt.

237 QUELLE

28.03.2020.—Artikel 4 Nr. 6 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) hat die Überschrift des Abschnitts eingefügt.

welchen Fällen, insbesondere bei welchen Personengruppen, eine Begutachtung ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich zwingend erforderlich ist.

(2) Abweichend von § 18 Absatz 2 Satz 5 werden bis einschließlich 31. März 2021 keine Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt, auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst oder anderen unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern empfohlen wurde.

(3) Abweichend von § 18 Absatz 3 Satz 2 ist die Frist, in welcher dem Antragsteller die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen ist, bis einschließlich 30. September 2020 unbeachtlich. Abweichend von Satz 1 ist einem Antragsteller, bei dem ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt unverzüglich, spätestens bis einschließlich 9. April 2020, bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen berichten in der nach § 18 Absatz 3b Satz 4 zu veröffentlichenden Statistik über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.

(4) Abweichend von § 18 Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 ist die Pflegekasse bis einschließlich 30. September 2020 nur bei Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs gemäß Absatz 3 dazu verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

(5) § 18 Absatz 3b Satz 1 bis 3 findet bis einschließlich 30. September 2020 keine Anwendung.

(6) Absatz 1 gilt für Anträge auf Pflegeleistungen, die zwischen dem 1. Oktober 2020 und dem 31. März 2022 gestellt werden.²³⁸

§ 148 Beratungsbesuche nach § 37

Abweichend von § 37 Absatz 3 Satz 1 erfolgt die von den Pflegebedürftigen abzurufende Beratung bis einschließlich 31. März 2022 telefonisch, digital oder per Videokonferenz, wenn die oder der Pflegebedürftige dies wünscht. Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen darf das Pflegegeld abweichend von § 37 Absatz 6 nicht kürzen oder entziehen, wenn die oder der Pflegebedürftige in dem Zeitraum vom 1. März 2022 bis einschließlich zum 30. Juni 2022 keine Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 1 abrufen. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunterneh-

238 QUELLE

28.03.2020.—Artikel 4 Nr. 6 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.10.2020.—Artikel 5 Nr. 2 lit. a litt. aa des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2208) hat in Abs. 1 Satz 1 „30. September 2020“ durch „31. März 2021“ ersetzt und „ , wenn dies zur Verhinderung des Risikos einer Ansteckung des Versicherten oder des Gutachters mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zwingend erforderlich ist“ am Ende eingefügt.

Artikel 5 Nr. 2 lit. a litt. bb desselben Gesetzes hat Abs. 1 Satz 3 eingefügt.

Artikel 5 Nr. 2 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 2 „30. September 2020“ durch „31. März 2021“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 2 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 6 neu gefasst. Abs. 6 lautete:

„(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten für Anträge auf Pflegeleistungen, die zwischen dem 1. Februar 2020 und dem 30. September 2020 gestellt werden.“

31.03.2021.—Artikel 4 Nr. 5 des Gesetzes vom 29. März 2021 (BGBl. I S. 370) hat in Abs. 1 Satz 1 und Abs. 6 jeweils „31. März“ durch „30. Juni“ ersetzt.

01.01.2022.—Artikel 8 Nr. 0 lit. a des Gesetzes vom 22. November 2021 (BGBl. I S. 4906) hat in Abs. 1 Satz 1 „30. Juni 2021“ durch „31. März 2022“ ersetzt und „ ; der Wunsch des Versicherten, persönlich in seinem Wohnbereich untersucht zu werden, ist zu berücksichtigen“ am Ende eingefügt.

Artikel 8 Nr. 0 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 „30. Juni 2021“ durch „31. März 2022“ ersetzt.

men haben diese Ausnahmeregelung den Pflegegeldempfängern kurzfristig in geeigneter Form zur Kenntnis zu bringen.²³⁹

§ 149 Einrichtungen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege und anderweitige vollstationäre pflegerische Versorgung

(1) Bis einschließlich 30. September 2020 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, abweichend von § 42 Absatz 4 auch ohne, dass gleichzeitig eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson erbracht wird. Die Vergütung richtet sich nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz gemäß § 111 Absatz 5 des Fünften Buches der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung.

(2) Abweichend von § 42 Absatz 2 Satz 2 übernehmen die Pflegekassen bei Kurzzeitpflege in dem Zeitraum vom 28. März 2020 bis einschließlich 30. September 2020 in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 2 418 Euro.

(3) Ist eine pflegerische Versorgung von bereits vollstationär versorgten Pflegebedürftigen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung auf Grund der SARS-CoV-2-Pandemie quarantänebedingt nicht zu gewährleisten, kann diese für die Dauer von maximal 14 Kalendertagen in dem Zeitraum vom 23. Mai 2020 bis einschließlich 30. September 2020 auch in einer Einrichtung erbracht werden, die Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringt (anderweitige vollstationäre pflegerische Versorgung). Im begründeten Einzelfall kann in Abstimmung mit der Pflegekasse des Pflegebedürftigen auch eine pflegerische Versorgung von mehr als 14 Tagen in einer Einrichtung erbracht werden, die Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringt. Der Pflegeplatz des Pflegebedürftigen ist von der bisherigen vollstationären Pflegeeinrichtung während seiner Abwesenheit freizuhalten. Die Berechnung des Heimentgeltes und seine Zahlung an die bisherige vollstationäre Pflegeeinrichtung sowie der nach § 43 von der Pflegekasse an die bisherige vollstationäre Pflegeeinrichtung zu gewährende Leistungsbetrag bleiben unverändert. Die Vergütung der anderweitigen vollstationären pflegerischen Versorgung richtet sich nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz nach § 111 Absatz 5 des Fünften Buches für die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung. Sie wird der Einrichtung von den Pflegekassen entsprechend dem Verfahren nach § 150 Absatz 2 Satz 2 bis 4 erstattet. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann im Benehmen mit den Verbänden der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie im Benehmen mit den Verbänden der stationären medizinischen Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen Empfehlungen zur formellen Abwicklung des Abrechnungsverfahrens abgeben.²⁴⁰

239 QUELLE

28.03.2020.—Artikel 4 Nr. 6 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

01.10.2020.—Artikel 3 Nr. 5 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat die Vorschrift neu gefasst. Die Vorschrift lautete:

„Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen darf das Pflegegeld abweichend von § 37 Absatz 6 nicht kürzen oder entziehen, wenn der Pflegebedürftige in dem Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis einschließlich 30. September 2020 keine Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 1 abrufen. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen haben diese Ausnahmeregelung den Pflegegeldempfängern kurzfristig in geeigneter Form zur Kenntnis zu bringen.“

31.03.2021.—Artikel 4 Nr. 6 des Gesetzes vom 29. März 2021 (BGBl. I S. 370) hat „31. März“ durch „30. Juni“ ersetzt.

01.01.2022.—Artikel 8 Nr. 1 des Gesetzes vom 22. November 2021 (BGBl. I S. 4906) hat „30. Juni 2021“ durch „31. März 2022“ ersetzt.

26.03.2022.—Artikel 2 Nr. 5 des Gesetzes vom 23. März 2022 (BGBl. I S. 482) hat die Sätze 2 und 3 eingefügt.

240 QUELLE

§ 150 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

(1) Im Fall einer wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 ist der Träger einer nach § 72 zugelassenen Pflegeeinrichtung verpflichtet, diese umgehend den Pflegekassen gegenüber anzuzeigen. Es genügt die Anzeige an eine als Partei des Versorgungsvertrages beteiligte Pflegekasse. In Abstimmung mit den weiteren hierbei zuständigen Stellen, insbesondere den nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden, haben die Pflegekassen zusammen mit der Pflegeeinrichtung zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung die erforderlichen Maßnahmen und Anpassungen vorzunehmen, wobei auch von der vereinbarten Personalausstattung einschließlich deren gesetzlichen Bestimmungen nach diesem Buch abgewichen werden kann. Dabei sind zum flexiblen Einsatz des Personals in anderen Versorgungsbereichen alle bestehenden Instrumente und Mittel einschließlich des Vertragsrechts zu nutzen, bei denen zulassungsrechtliche Voraussetzungen zweckgerichtet und unbürokratisch angewandt werden können. Dies gilt auch für den Einsatz von Beschäftigten für die Leistungen der zusätzlichen Betreuung nach § 43b in anderen Bereichen.

(2) Der Anspruch der zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf Erstattung von Beschaffungskosten für die selbst beschafften PoC-Antigen-Tests und Antigen-Tests zur Eigenanwendung und insoweit von Durchführungsaufwendungen kann im Rahmen der für diese Einrichtungen nach der Coronavirus-Testverordnung in ihrer jeweils geltenden Fassung festgelegten Kontingente bei einer Pflegekasse, die Partei des Versorgungsvertrages ist, regelmäßig zum Monatsende geltend gemacht werden. Die Auszahlung des gesamten Erstattungsbetrages hat innerhalb von 14 Kalendertagen über eine Pflegekasse zu erfolgen. Die Auszahlung kann vorläufig erfolgen.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen unverzüglich das Nähere für das Erstattungsverfahren und die erforderlichen Nachweise für seine Mitglieder fest. Dabei sind gemessen an der besonderen Herausforderung von allen Beteiligten pragmatische Lösungen in der Umsetzung vorzusehen. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit regelmäßig über die Ausgabenentwicklung.

(4) Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen tragen die gesetzlichen Krankenkassen und die soziale Pflegeversicherung die nach Absatz 2 entstehenden Erstattungen entsprechend dem Verhältnis, das dem Verhältnis zwischen den Ausgaben der Krankenkassen für die häusliche Krankenpflege und den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegesachleistungen im vorangegangenen Kalenderjahr entspricht. Bei den in § 39a Absatz 1 des Fünften Buches genannten stationären Hospizen, mit denen ein Versorgungsvertrag als stationäre Pflegeeinrichtung nach § 72 besteht, tragen die gesetzlichen Krankenkassen 80 Prozent der nach Absatz 2 entstehenden Erstattungen. Zur Finanzierung der den Krankenkassen nach den Sätzen 1 und 2 entstehenden Kosten erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß Absatz 2 ergeben. Das Bundesamt für Soziale Sicherung stellt die Höhe des Finanzie-

28.03.2020.—Artikel 4 Nr. 6 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

28.03.2020.—Artikel 5 Nr. 3 lit. c des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat Abs. 2 eingefügt.

23.05.2020.—Artikel 5 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Einrichtungen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege“.

Artikel 5 Nr. 3 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 3 eingefügt.

rungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen auf Basis der vierteljährlichen Finanzstatistiken der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen fest. Die entsprechende Zahlung wird binnen vier Wochen fällig. Der jeweilige 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 nach § 65 geleistet werden.

(5) Die Pflegekassen können nach ihrem Ermessen zur Vermeidung von durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 im Einzelfall im häuslichen Bereich verursachten pflegerischen Versorgungsengpässen, Kostenerstattung in Höhe der ambulanten Sachleistungsbeträge (§ 36) nach vorheriger Antragstellung gewähren, wenn die Maßnahmen nach Absatz 1 Satz 3 nicht ausreichend sind; dabei haben sie vorrangig Leistungserbringer zu berücksichtigen, die von Pflegefachkräften geleitet werden. Entsprechende Kostenerstattungszusagen sind jeweils auf bis zu drei Monate zu begrenzen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt Einzelheiten dazu in Empfehlungen fest. Die Pflegekassen können bei Bedarf bereits vor dem Vorliegen der Empfehlungen Kostenerstattungen zusagen. Die Pflegekassen können aus wichtigen Gründen die Kostenerstattungszusage jederzeit widerrufen.

(5a) Den nach Maßgabe des gemäß § 45a Absatz 3 erlassenen Landesrechts anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag entstandene und nachgewiesene Beschaffungskosten und Durchführungsaufwendungen im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 werden aus Mitteln der Pflegeversicherung erstattet. Die Auszahlung kann vorläufig erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich das Nähere für das Erstattungsverfahren fest. Absatz 4 Satz 5 bis 8 gilt entsprechend.

(5b) Abweichend von § 45b Absatz 1 Satz 3 können Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 den Entlastungsbetrag auch für die Inanspruchnahme anderer Hilfen im Wege der Kostenerstattung einsetzen, wenn dies zur Überwindung von infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Versorgungsengpässen erforderlich ist. § 45b Absatz 2 Satz 3 und Absatz 4 findet keine Anwendung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt Einzelheiten zum Einsatz des Entlastungsbetrags für andere Hilfen nach Satz 1 in Empfehlungen fest.

(5c) Abweichend von § 45b Absatz 1 Satz 5 zweiter Halbsatz kann der im Jahr 2019 nicht verbrauchte Betrag für die Leistung nach § 45b Absatz 1 Satz 1 in den Zeitraum bis zum 30. September 2021 übertragen werden.

(5d) Abweichend von § 44a Absatz 3 Satz 1 haben Beschäftigte im Sinne des § 7 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld für bis zu insgesamt 20 Arbeitstage, um die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes sicherzustellen oder zu organisieren, unabhängig davon, ob eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung im Sinne des § 2 des Pflegezeitgesetzes vorliegt, wenn

1. die Beschäftigten glaubhaft darlegen, dass sie die Pflege oder die Organisation der Pflege auf Grund der SARS-CoV-2-Pandemie übernehmen,
2. die Beschäftigten keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber, Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 des Fünften Buches oder nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches haben und
3. die häusliche Pflege nicht anders sichergestellt werden kann.

Abweichend von § 44a Absatz 6 Satz 1 haben landwirtschaftliche Unternehmer nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte Anspruch auf Betriebshilfe für bis zu insgesamt 20 Arbeitstage, um die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes sicherzustellen oder zu organisieren, unabhängig davon, ob eine akut aufgetretene Pflegesituation vorliegt, sofern die Voraussetzungen nach Satz 1 Nummer 1 und 3 erfüllt sind. Abweichend von § 44a Absatz 6 Satz 3 haben privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer Anspruch auf Kostenerstattung für bis zu insgesamt 20 Arbeitstage Betriebshilfe, um die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes sicherzustellen oder zu organisieren, unabhängig davon, ob eine

akut aufgetretene Pflegesituation vorliegt, sofern die Voraussetzungen nach Satz 1 Nummer 1 und 3 erfüllt sind.

(6) Die Absätze 1, 5 und 5b gelten bis einschließlich 30. April 2023. Absatz 5d gilt in dem Zeitraum vom 23. Mai 2020 bis einschließlich 30. April 2023.²⁴¹

241 QUELLE

28.03.2020.—Artikel 4 Nr. 6 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) hat die Vorschrift eingefügt.

ÄNDERUNGEN

28.03.2020.—Artikel 5 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) hat Satz 1 in Abs. 4 durch die Sätze 1 bis 4 ersetzt. Satz 1 lautete: „Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen tragen die gesetzlichen Krankenkassen und die Soziale Pflegeversicherung die nach Absatz 2 entstehenden Erstattungen entsprechend des Verhältnisses der Ausgaben im vorangegangenen Kalenderjahr der Krankenkassen für die häusliche Krankenpflege zu den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegesachleistungen; § 106b Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

Artikel 5 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat Abs. 5a eingefügt.

23.05.2020.—Artikel 5 Nr. 4 lit. b des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) und Artikel 5 Nr. 3 lit. c litt. bb und dd des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2208) haben Abs. 5b bis 5d eingefügt. Artikel 5 Nr. 4 lit. c desselben Gesetzes hat in Abs. 6 „bis 5“ durch „bis 5d“ ersetzt.

01.10.2020.—Artikel 5 Nr. 3 lit. a des Gesetzes vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2208) hat in Abs. 5a Satz 1 „bis zum 30. September 2020“ nach „SARS-CoV-2“ und in Abs. 5b Satz 1 „bis zum 30. September 2020“ nach „Pflegegrades 1“ gestrichen.

Artikel 5 Nr. 3 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 5c „zum 30. September 2020“ durch „zu dem in Absatz 6 Satz 1 genannten Datum“ ersetzt.

Artikel 5 Nr. 3 lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat in Abs. 5d Satz 1 „in dem Zeitraum vom 23. Mai 2020 bis einschließlich 30. September 2020“ nach „20 Arbeitstage“ gestrichen.

Artikel 5 Nr. 3 lit. c litt. cc desselben Gesetzes hat in Abs. 5d Satz 2 „in dem Zeitraum vom 23. Mai 2020 bis einschließlich 30. September 2020“ nach „20 Arbeitstage“ und in Abs. 5d Satz 3 „in dem Zeitraum vom 23. Mai 2020 bis einschließlich 30. September 2020“ nach „Betriebshilfe“ gestrichen.

Artikel 5 Nr. 3 lit. d desselben Gesetzes hat Abs. 6 neu gefasst. Abs. 6 lautete:

„(6) Die Absätze 1 bis 5d gelten bis einschließlich 30. September 2020.“

01.01.2021.—Artikel 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3299) hat in Abs. 6 Satz 1 und 2 jeweils „31. Dezember 2020“ durch „31. März 2021“ ersetzt.

31.03.2021.—Artikel 4 Nr. 7 lit. a des Gesetzes vom 29. März 2021 (BGBl. I S. 370) hat Abs. 5c neu gefasst. Abs. 5c lautete:

„(5c) Abweichend von § 45b Absatz 1 Satz 5 zweiter Halbsatz kann der im Jahr 2019 nicht verbrauchte Betrag für die Leistung nach § 45b Absatz 1 Satz 1 in den Zeitraum bis zu dem in Absatz 6 Satz 1 genannten Datum übertragen werden.“

Artikel 4 Nr. 7 lit. b desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 und 2 jeweils „31. März“ durch „30. Juni“ ersetzt.

01.01.2022.—Artikel 8 Nr. 2 des Gesetzes vom 22. November 2021 (BGBl. I S. 4906) hat in Abs. 6 Satz 1 und 2 jeweils „30. Juni 2021“ durch „31. März 2022“ ersetzt.

01.07.2022.—Artikel 2 Nr. 3b lit. a des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) hat Abs. 2 geändert. Abs. 2 lautete:

„(2) Den zugelassenen Pflegeeinrichtungen werden die ihnen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden, außerordentlichen Aufwendungen sowie Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung, die nicht anderweitig finanziert werden, erstattet. Der Anspruch auf Erstattung kann bei einer Pflegekasse regelmäßig zum Monatsende geltend gemacht werden, die Partei des Versorgungsvertrages ist. Die Auszahlung des gesamten Erstattungsbetrages hat innerhalb von 14 Kalendertagen über eine Pflegekasse zu erfolgen. Die Auszahlung kann vorläufig erfolgen. Für zugelassene Pflegeeinrichtungen, die eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach den §§ 85 und 89 abgeschlossen haben, findet § 85 Absatz 7 insoweit keine Anwendung. Dabei sind bei Unterschreitungen der vereinbarten Personalausstattung keine Vergütungskürzungsverfahren nach § 115 Absatz 3 Satz 1 durchzuführen.“

Artikel 2 Nr. 3b lit. b desselben Gesetzes hat die Sätze 1 und 2 in Abs. 5b durch Satz 1 ersetzt. Die Sätze 1 und 2 lauteten: „Den nach Maßgabe des gemäß § 45a Absatz 3 erlassenen Landesrechts anerkannt-

§ 150a Pflegebonus zur Anerkennung der besonderen Leistungen in der Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie

(1) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, jeder und jedem ihrer Beschäftigten im Jahr 2022 eine einmalige Sonderzahlung nach Maßgabe der Absätze 2 bis 6 und 8 (Corona-Pflegebonus) zu zahlen. Gleiches gilt für Arbeitgeber, deren Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmer in Einrichtungen nach Satz 1 im Rahmen einer Arbeitnehmerüberlassung oder eines Werk- oder Dienstleistungsvertrags eingesetzt werden.

(2) Anspruch auf einen Corona-Pflegebonus haben Vollzeitbeschäftigte, die im Zeitraum vom 1. November 2020 bis einschließlich zum 30. Juni 2022 (Bemessungszeitraum) mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung tätig waren und die am 30. Juni 2022 in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung beschäftigt und tätig sind. Einen Anspruch auf einen Corona-Pflegebonus haben auch Vollzeitbeschäftigte, die im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung tätig waren und

1. am 30. Juni 2022 nur deshalb nicht mehr beschäftigt und tätig sind, weil für sie zu diesem Zeitpunkt ein Anspruch auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bestand oder
2. am 30. Juni 2022 nur deshalb nicht beschäftigt und tätig sind, weil sie Krankengeld, Krankentagegeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Pflegeunterstützungsgeld oder Mutterschaftsgeld beziehen oder nach den gesetzlichen Vorschriften Erziehungsgeld oder Elterngeld beziehen oder Elternzeit oder eine Freistellung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nehmen oder Wehrdienst oder Zivildienst leisten.

Einen Anspruch auf einen Corona-Pflegebonus haben auch Freiwillige im Sinne von § 2 des Bundesfreiwilligendienstgesetzes und Freiwillige im Sinne von § 2 des Jugendfreiwilligendienstgesetzes im freiwilligen sozialen Jahr, die im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung ihren Dienst geleistet haben. Die Höhe des Corona-Pflegebonus beträgt

1. 550 Euro für Beschäftigte, die Leistungen nach diesem Buch oder im ambulanten Bereich nach dem Fünften Buch durch die direkte Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen,
2. 370 Euro für andere Beschäftigte, die in einem Umfang von mindestens 25 Prozent ihrer Arbeitszeit gemeinsam mit Pflegebedürftigen tagesstrukturierend, aktivierend, betreuend oder pflegend tätig sind,
3. 60 Euro für Freiwillige im Sinne von § 2 des Bundesfreiwilligendienstgesetzes und Freiwillige im Sinne von § 2 des Jugendfreiwilligendienstgesetzes im freiwilligen sozialen Jahr und
4. 190 Euro für alle Beschäftigten, die nicht unter die Nummern 1 bis 3 fallen.

ten Angeboten zur Unterstützung im Alltag werden die ihnen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden, außerordentlichen Aufwendungen sowie Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung, die nicht anderweitig finanziert werden, aus Mitteln der Pflegeversicherung erstattet, wenn sie diese Aufwendungen nachweisen oder die Mindereinnahmen glaubhaft machen. Die Erstattung der Mindereinnahmen wird begrenzt auf eine monatliche Summe aus der Multiplikation von

1. 125 Euro und
2. der Differenz, die sich beim Vergleich der Anzahl der im letzten Quartal des Jahres 2019 monatsdurchschnittlich betreuten Pflegebedürftigen und der Anzahl der in dem Monat, für den Mindereinnahmen geltend gemacht werden, betreuten Pflegebedürftigen ergibt.“

Artikel 2 Nr. 3b lit. c litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 6 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Absätze 1 bis 5b gelten bis einschließlich 31. März 2022.“

Artikel 1 Nr. 3b lit. c litt. bb desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 2 „31. März“ durch „31. Dezember“ ersetzt.

01.01.2023.—Artikel 3a Nr. 3 des Gesetzes vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454) hat in Abs. 6 Satz 1 und 2 jeweils „31. Dezember 2022“ durch „30. April 2023“ ersetzt.

(3) Den folgenden Auszubildenden, die mit einer zugelassenen Pflegeeinrichtung einen Ausbildungsvertrag geschlossen haben oder im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung zur Durchführung der praktischen Ausbildung tätig waren, ist ein Corona-Pflegebonus in Höhe von 330 Euro zu zahlen:

1. Auszubildenden zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger nach § 58 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes,
2. Auszubildenden zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger nach § 66 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes,
3. Auszubildenden zur Gesundheits- und Krankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Krankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Pflegeberufgesetzes,
4. Auszubildenden zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 58 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes,
5. Auszubildenden zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Pflegeberufgesetzes oder
6. Auszubildenden zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann nach dem Pflegeberufgesetz.

Satz 1 gilt entsprechend für Auszubildende in landesrechtlich geregelten Assistenz- oder Helferausbildungen in der Pflege von mindestens einjähriger Dauer.

(4) An Beschäftigte, die im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung tätig waren und in dieser Zeit ganz oder teilweise in Teilzeit gearbeitet haben, ist der Corona-Pflegebonus anteilig im Verhältnis zu den in Absatz 2 Satz 1 genannten Höhen zu zahlen. Der jeweilige Anteil entspricht dem Anteil der von ihnen wöchentlich durchschnittlich in dem Bemessungszeitraum tatsächlich geleisteten Stunden im Verhältnis zur regelmäßigen Wochenarbeitszeit der bei derselben Pflegeeinrichtung Vollzeitbeschäftigten, mindestens jedoch dem Anteil der mit ihnen vertraglich vereinbarten durchschnittlichen Wochenarbeitszeit im Verhältnis zur regelmäßigen Wochenarbeitszeit der bei der Pflegeeinrichtung Vollzeitbeschäftigten. Abweichend von Satz 1 ist der Corona-Pflegebonus nach Absatz 2 ungekürzt an Teilzeitbeschäftigte zu zahlen, wenn sie im Bemessungszeitraum mindestens drei Monate in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung tätig waren und ihre wöchentliche tatsächliche oder vertragliche Arbeitszeit in diesem Zeitraum 35 Stunden oder mehr betrug.

(5) Die folgenden Unterbrechungen der Tätigkeit im Bemessungszeitraum sind für die Berechnung des dreimonatigen Zeitraums, in dem die Beschäftigten im Bemessungszeitraum mindestens in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung tätig sein müssen, unbeachtlich:

1. Unterbrechungen von bis zu 14 Kalendertagen,
2. Unterbrechungen auf Grund einer COVID-19-Erkrankung,
3. Unterbrechungen auf Grund von Quarantänemaßnahmen,
4. Unterbrechungen auf Grund eines Arbeitsunfalls oder
5. Unterbrechungen wegen Erholungsurlaubs.

(6) Soweit Beschäftigte einer Pflegeeinrichtung im Bemessungszeitraum ganz oder teilweise in Kurzarbeit gearbeitet haben, sind für die Bemessung der diesen Beschäftigten jeweils zustehenden Corona-Pflegeboni die von ihnen wöchentlich durchschnittlich im Bemessungszeitraum tatsächlich geleisteten Stunden maßgeblich. Absatz 4 gilt im Übrigen entsprechend.

(7) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 erhalten im Wege der Vorauszahlung von der sozialen Pflegeversicherung den Betrag erstattet, den sie für die Auszahlung der in den Absätzen 2 bis 4 und 6 genannten Corona-Pflegeboni benötigen. Die in den Absätzen 2 bis 4 und 6 genannten Corona-Pflegeboni können nicht nach § 150 Absatz 2 erstattet werden. Auch wenn ein nach Absatz 9 erhöhter Corona-Pflegebonus als Sonderleistung gezahlt wird oder wenn von den zugelassenen Pflegeeinrichtungen an ihre Beschäftigten vergleichbare Sonderleistungen gezahlt werden, können die gezahlten Beträge nicht nach § 150 Absatz 2 erstattet werden. Sonderleistungen nach Satz 3 sind bei der Bemessung der Pflegevergütung der zugelassenen Pflegeeinrichtungen berücksichtigungsfähig. Die Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 melden den Pflegekassen den Betrag, den sie für die Auszahlung

der in den Absätzen 2 bis 4 und 6 genannten Corona-Pflegeboni benötigen, bis spätestens 31. Juli 2022. Die Pflegekassen stellen sicher, dass alle Pflegeeinrichtungen und alle Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 diesen Betrag von der sozialen Pflegeversicherung bis spätestens 30. September 2022 für die Beschäftigten und Arbeitnehmer im Sinne von Absatz 1 Satz 2 erhalten. Für Auszubildende nach Absatz 3 muss die Meldung nach Satz 5 spätestens am 30. September 2022 und die Auszahlung nach Satz 6 bis spätestens zum 31. Oktober 2022 erfolgen. Der Bund zahlt zur Refinanzierung der durch die Pflegekassen an die zugelassenen Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 gezahlten Vorauszahlungen bis zum 1. September 2022 einen Betrag in Höhe von 500 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds. Die Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 haben den Pflegekassen bis spätestens 15. Februar 2023 die tatsächliche Auszahlungssumme der Corona-Pflegeboni sowie die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger anzuzeigen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen und geeigneten Verbänden der Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 auf Bundesebene unverzüglich das Nähere für das Verfahren einschließlich angemessener Möglichkeiten zur Prüfung, Rückforderung und Aufrechnung durch die Pflegekassen sowie der Information der Beschäftigten und Arbeitnehmer im Sinne von Absatz 1 Satz 2 über ihren Anspruch fest. Die Verfahrensregelungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(8) Die Auszahlung des jeweiligen Corona-Pflegebonus an die jeweiligen Beschäftigten erfolgt durch die zugelassene Pflegeeinrichtung oder den Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2, bei der oder dem die Beschäftigten am 30. Juni 2022 beschäftigt sind; die Auszahlung hat unverzüglich nach Erhalt der Vorauszahlung nach Absatz 7, spätestens mit der nächstmöglichen regelmäßigen Entgeltauszahlung, jedenfalls aber bis zum 31. Dezember 2022 zu erfolgen. Sie ist den Beschäftigten in der gesamten ihnen nach den Absätzen 2 bis 4 und 6 zustehenden Höhe in Geld über das Arbeitsentgelt und sonstige Bezüge hinaus auszuführen. Eine Aufrechnung mit Ansprüchen der Pflegeeinrichtung oder der Arbeitgeber nach Absatz 1 Satz 2 gegen den Beschäftigten oder Arbeitnehmer nach Absatz 1 Satz 2 ist ausgeschlossen. Der Corona-Pflegebonus ist unpfändbar. Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für die Ausbildungsvergütung sowie für das Taschengeld für Freiwillige im Sinne des § 2 des Bundesfreiwilligendienstgesetzes und für Freiwillige im Sinne des § 2 des Jugendfreiwilligendienstgesetzes im freiwilligen sozialen Jahr.

(9) Der Corona-Pflegebonus kann durch die Länder und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen über die in den Absätzen 2 bis 6 genannten Höchstbeträge hinaus für alle Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen erhöht werden. Gleiches gilt für die Arbeitgeber und Arbeitnehmer im Sinne von Absatz 1 Satz 2. Die Länder regeln ihr Verfahren. Sie können sich dabei an den Verfahrensregelungen dieser Vorschrift, insbesondere an den genannten Fristen, orientieren. Sofern ein Land den Corona-Pflegebonus nach Satz 1 erhöht, kann es das Verfahren einschließlich der Auszahlung als Sonderleistung über die im jeweiligen Land zuständigen Pflegekassen durchführen, wenn es ihnen die Verwaltungskosten hierfür erstattet. In diesem Fall sind die im Land zuständigen Pflegekassen dazu verpflichtet, das Verfahren einschließlich der Auszahlung dieser Sonderleistung an die zugelassenen Pflegeeinrichtungen zusammen mit dem Corona-Pflegebonus für das Land durchzuführen und hierfür ein geeignetes Verfahren vorzusehen.²⁴²

242 QUELLE

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

ÄNDERUNGEN

30.06.2022.—Artikel 2 Nr. 4 lit. a des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) hat die Überschrift neu gefasst. Die Überschrift lautete: „Sonderleistung während der Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie“. Artikel 2 Nr. 4 lit. b desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 1 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, ihren Beschäftigten im Jahr 2020 zum Zweck der Wertschätzung für die besonderen Anforderungen während der Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie eine für je-

den Beschäftigten einmalige Sonderleistung nach Maßgabe der Absätze 2 bis 6 und 8 zu zahlen (Corona-Prämie).“

Artikel 2 Nr. 4 lit. c desselben Gesetzes hat Abs. 2 neu gefasst. Abs. 2 lautete:

„(2) Die Corona-Prämie ist für Vollzeitbeschäftigte, die in dem Zeitraum vom 1. März 2020 bis einschließlich zum 31. Oktober 2020 (Bemessungszeitraum) mindestens drei Monate in einer zugelassenen oder für eine zugelassene Pflegeeinrichtung tätig waren, in folgender Höhe auszuführen:

1. in Höhe von 1 000 Euro für Beschäftigte, die Leistungen nach diesem Buch oder im ambulanten Bereich nach dem Fünften Buch durch die direkte Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen,
2. in Höhe von 667 Euro für andere Beschäftigte, die in einem Umfang von mindestens 25 Prozent ihrer Arbeitszeit gemeinsam mit Pflegebedürftigen tagesstrukturierend, aktivierend, betreuend oder pflegend tätig sind,
3. in Höhe von 334 Euro für alle übrigen Beschäftigten.

Freiwillige im Sinne des § 2 des Bundesfreiwilligendienstgesetzes und Freiwillige im Sinne des § 2 des Jugendfreiwilligendienstgesetzes im freiwilligen sozialen Jahr erhalten eine Corona-Prämie in Höhe von 100 Euro.“

Artikel 2 Nr. 4 lit. d desselben Gesetzes hat in Abs. 3 Satz 1 „eine Corona-Prämie in Höhe von 600 Euro“ durch „ein Corona-Pflegebonus in Höhe von 330 Euro“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. e desselben Gesetzes hat in Abs. 4 Satz 1 und 3 jeweils „die Corona-Prämie“ durch „der Corona-Pflegebonus“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. f desselben Gesetzes hat in Abs. 6 Satz 1 „Corona-Prämie“ durch „Corona-Pflegeboni“ ersetzt.

Artikel 2 Nr. 4 lit. g desselben Gesetzes hat Abs. 7 neu gefasst. Abs. 7 lautete:

„(7) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen erhalten im Wege der Vorauszahlung von der sozialen Pflegeversicherung den Betrag, den sie für die Auszahlung der in den Absätzen 2 bis 4 und 6 genannten Corona-Prämien benötigen, erstattet. Gleiches gilt für Arbeitgeber nach Absatz 1 Satz 2. Die in den Absätzen 2 bis 4 und 6 genannten Corona-Prämien sowie weitere von den zugelassenen Pflegeeinrichtungen an ihre Beschäftigten gezahlten, vergleichbaren Sonderleistungen können nicht nach § 150 Absatz 2 erstattet werden und dürfen auch nicht zu finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen führen. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen tragen die gesetzlichen Krankenkassen und die soziale Pflegeversicherung die nach Satz 1 entstehenden Erstattungen entsprechend dem Verhältnis, das dem Verhältnis zwischen den Ausgaben der Krankenkassen für die häusliche Krankenpflege und den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegesachleistungen im vorangegangenen Kalenderjahr entspricht. Zur Finanzierung der den Krankenkassen nach Satz 4 entstehenden Kosten erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die Pflegekassen stellen sicher, dass alle Pflegeeinrichtungen und alle Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 den Betrag, den sie für die Auszahlung der in den Absätzen 2 bis 4 und 6 genannten Corona-Prämien benötigen und den sie an die Pflegekassen gemeldet haben, von der sozialen Pflegeversicherung zu den folgenden Zeitpunkten erhalten:

1. bis spätestens 15. Juli 2020 für die Beschäftigten und Arbeitnehmer nach Absatz 1 Satz 2, die bis zum 1. Juni 2020 die Voraussetzungen erfüllen, und
2. bis spätestens 15. Dezember 2020 für die Beschäftigten und Arbeitnehmer nach Absatz 1 Satz 2, die die Voraussetzungen bis zum 1. Juni 2020 noch nicht erfüllen, aber diese bis zum 31. Oktober 2020 erfüllen.

Die Pflegeeinrichtungen und die Arbeitgeber im Sinne von Absatz 1 Satz 2 haben den Pflegekassen bis spätestens 15. Februar 2021 die tatsächliche Auszahlung der Corona-Prämien anzuzeigen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer und ambulanten Pflegeeinrichtungen und geeigneten Verbänden der Arbeitgeber nach Absatz 1 Satz 2 auf Bundesebene unverzüglich das Nähere für das Verfahren einschließlich der Information der Beschäftigten und Arbeitnehmer nach Absatz 1 Satz 2 über ihren Anspruch fest. Die Verfahrensregelungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

Artikel 2 Nr. 4 lit. h litt. aa desselben Gesetzes hat Satz 1 in Abs. 8 neu gefasst. Satz 1 lautete: „Die Auszahlung der jeweiligen Corona-Prämie durch die jeweilige zugelassene Pflegeeinrichtung oder die Ar-