

Inhaltsübersicht
Sozialgesetzbuch (SGB)
Elftes Buch (XI)
Soziale Pflegeversicherung

ERSTES KAPITEL
Allgemeine Vorschriften

§§ 1–13

	§§	Seite
Soziale Pflegeversicherung	1	1011
Selbstbestimmung	2	1012
Vorrang der häuslichen Pflege	3	1012
Art und Umfang der Leistungen	4	1012
Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation	5	1012
Eigenverantwortung	6	1013
Aufklärung, Beratung	7	1013
Gemeinsame Verantwortung	8	1014
Aufgaben der Länder	9	1015
Aufgaben des Bundes	10	1015
Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen	11	1016
Aufgaben der Pflegekassen	12	1016
Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen	13	1016

ZWEITES KAPITEL
Leistungsberechtigter Personenkreis

§§ 14–19

Begriff der Pflegebedürftigkeit	14	1018
Stufen der Pflegebedürftigkeit	15	1018
Verordnungsermächtigung	16	1019
Richtlinien der Pflegekassen	17	1019
Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	18	1020
Begriff der Pflegepersonen	19	1021

DRITTES KAPITEL
Versicherungspflichtiger Personenkreis

§§ 20–27

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung	20	1022
Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen	21	1024
Befreiung von der Versicherungspflicht	22	1024

	§§	Seite
Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungs- unternehmen	23	1025
Versicherungspflicht der Abgeordneten	24	1026
Familienversicherung	25	1026
Weiterversicherung	26	1027
Beitrittsrecht	26a	1028
Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages	27	1029

**VIERTES KAPITEL
Leistungen der Pflegeversicherung**

**ERSTER ABSCHNITT
Übersicht über die Leistungen**

§ 28

Leistungsarten, Grundsätze	28	1029
----------------------------------	----	------

**ZWEITER ABSCHNITT
Gemeinsame Vorschriften**

§§ 29–35

Wirtschaftlichkeitsgebot	29	1030
Dynamisierung	30	1030
Vorrang der Rehabilitation vor Pflege	31	1030
Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	32	1031
Leistungsvoraussetzungen	33	1031
Ruhen der Leistungsansprüche	34	1032
Erlöschen der Leistungsansprüche	35	1033
Teilnahme an einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches ^{*)}	35a	1033

^{*)} In-Kraft-Treten: **1. 7. 2004**.

**DRITTER ABSCHNITT
Leistungen**

§§ 36–43a

**ERSTER TITEL
Leistungen bei häuslicher Pflege**

§§ 36–40

Pflegesachleistung	36	1033
Pflegelohn für selbst beschaffte Pflegehilfen	37	1034
Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)	38	1036
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	39	1036
Pflegehilfsmittel und technische Hilfen	40	1037

ZWEITER TITEL

Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

§§ 41–42

	§§	Seite
Tagespflege und Nachtpflege	41	1038
Kurzzeitpflege	42	1039

DRITTER TITEL

Vollstationäre Pflege

§ 43

Inhalt der Leistung	43	1040
---------------------------	----	------

VIERTER TITEL

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

§ 43a

Inhalt der Leistung	43a	1041
---------------------------	-----	------

FÜNFTER TITEL

Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege

§ 43b

Finanzierungszuständigkeit	43b	1042
----------------------------------	-----	------

VIERTER ABSCHNITT

Leistungen für Pflegepersonen

§§ 44–45

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen	44	1042
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	45	1044

FÜNFTER ABSCHNITT

**Leistungen für Pflegebedürftige
mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf**

§§ 45a–45c

Berechtigter Personenkreis	45a	1044
Zusätzliche Betreuungsleistungen	45b	1045
Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen	45c	1046

FÜNFTES KAPITEL

Organisation

ERSTER ABSCHNITT

Träger der Pflegeversicherung

§§ 46–47

	§§	Seite
Pflegekassen	46	1047
Satzung	47	1049
Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	47a	1049

ZWEITER ABSCHNITT

Zuständigkeit, Mitgliedschaft

§§ 48–49

Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse und sonstige Versicherte	48	1049
Mitgliedschaft	49	1050

DRITTER ABSCHNITT

Meldungen

§§ 50–51

Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung	50	1050
Meldungen bei Mitgliedern der privaten Pflegeversicherung	51	1051

VIERTER ABSCHNITT

Wahrnehmung der Verbandsaufgaben

§§ 52–53a

Aufgaben auf Landesebene	52	1052
Aufgaben auf Bundesebene	53	1052
Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste	53a	1053

SECHSTES KAPITEL

Finanzierung

ERSTER ABSCHNITT

Beiträge

§§ 54–60

Grundsatz	54	1053
Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze	55	1054
Beitragsfreiheit	56	1054
Beitragspflichtige Einnahmen	57	1055
Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten	58	1056
Beitragstragung bei anderen Mitgliedern	59	1057
Beitragszahlung	60	1058

ZWEITER ABSCHNITT

Beitragszuschüsse

§ 61

	§§	Seite
Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Privatversicherte	61	1059

DRITTER ABSCHNITT

Verwendung und Verwaltung der Mittel

§§ 62–64

Mittel der Pflegekasse	62	1061
Betriebsmittel	63	1061
Rücklage	64	1061

VIERTER ABSCHNITT

Ausgleichsfonds, Finanzausgleich

§§ 65–68

Ausgleichsfonds	65	1062
Finanzausgleich	66	1062
Monatlicher Ausgleich	67	1062
Jahresausgleich	68	1063

SIEBTES KAPITEL

Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern

ERSTER ABSCHNITT

Allgemeine Grundsätze

§§ 69–70

Sicherstellungsauftrag	69	1063
Beitragssatzstabilität	70	1064

ZWEITER ABSCHNITT

Beziehungen zu den Pflegeeinrichtungen

§§ 71–76

Pflegeeinrichtungen	71	1064
Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag	72	1065
Abschluß von Versorgungsverträgen	73	1066
Kündigung von Versorgungsverträgen	74	1066
Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung	75	1067
Schiedsstelle	76	1069

DRITTER ABSCHNITT

Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern

§§ 77–78

	§§	Seite
Häusliche Pflege durch Einzelpersonen	77	1069
Verträge über Pflegehilfsmittel	78	1070

VIERTER ABSCHNITT

Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätssicherung

§§ 79–81

Wirtschaftlichkeitsprüfungen	79	1071
Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität	80	1071
Leistungs- und Qualitätsvereinbarung mit Pflegeheimen	80a	1073
Verfahrensregelungen	81	1074

ACHTES KAPITEL

Pflegevergütung

ERSTER ABSCHNITT

Allgemeine Vorschriften

§§ 82–83

Finanzierung der Pflegeeinrichtungen	82	1074
Ausbildungsvergütung	82a	1075
Verordnung zur Regelung der Pflegevergütung	83	1077

ZWEITER ABSCHNITT

Vergütung der stationären Pflegeleistungen

§§ 84–88

Bemessungsgrundsätze	84	1077
Pflegesatzverfahren	85	1078
Pflegesatzkommission	86	1080
Unterkunft und Verpflegung	87	1080
Berechnung und Zahlung des Heimentgelts	87a	1080
Zusatzleistungen	88	1081

DRITTER ABSCHNITT

Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen

§§ 89–90

Grundsätze für die Vergütungsregelung	89	1081
Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen	90	1082

VIERTER ABSCHNITT

Kostenerstattung, Landespflegeausschüsse, Pflegeheimvergleich

§§ 91–92a

	§§	Seite
Kostenerstattung	91	1083
Landespflegeausschüsse	92	1083
Pflegeheimvergleich	92a	1084

NEUNTES KAPITEL

Datenschutz und Statistik

ERSTER ABSCHNITT

Informationsgrundlagen

§§ 93–103

ERSTER TITEL

Grundsätze der Datenverwendung

§§ 93–98

Anzuwendende Vorschriften	93	1085
Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen	94	1086
Personenbezogene Daten bei den Verbänden der Pflegekassen	95	1086
Gemeinsame Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten	96	1087
Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst	97	1088
Qualitätssicherung durch Sachverständige und Prüfstellen	97a	1088
Personenbezogene Daten bei den Heimaufsichtsbehörden und den Trägern der Sozialhilfe	97b	1089
Forschungsvorhaben	98	1089

ZWEITER TITEL

Informationsgrundlagen der Pflegekassen

§§ 99–103

Versichertenverzeichnis	99	1089
Nachweispflicht bei Familienversicherung	100	1089
Pflegeversichertennummer	101	1089
Angaben über Leistungsvoraussetzungen	102	1090
Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer	103	1090

ZWEITER ABSCHNITT

Übermittlung von Leistungsdaten

§§ 104–106a

Pflichten der Leistungserbringer	104	1090
Abrechnung pflegerischer Leistungen	105	1091
Abweichende Vereinbarungen	106	1091
Mitteilungspflichten	106a	1091

DRITTER ABSCHNITT
Datenlöschung, Auskunftspflicht

§§ 107–108

	§§	Seite
Löschen von Daten	107	1092
Auskünfte an Versicherte	108	1092

VIERTER ABSCHNITT

Statistik

§ 109

Pflegestatistiken	109	1092
-------------------------	-----	------

ZEHNTES KAPITEL

Private Pflegeversicherung

§§ 110–111

Regelungen für die private Pflegeversicherung	110	1094
Risikoausgleich	111	1095

ELFTES KAPITEL

**Qualitätssicherung,
 Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen**

§§ 112–120

Grundsätze	112	1095
Leistungs- und Qualitätsnachweise	113	1096
Örtliche Prüfung	114	1097
Ergebnisse von Qualitätsprüfungen	115	1098
Kostenregelungen	116	1099
Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht	117	1099
Rechtsverordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen	118	1100
Heimverträge mit Pflegeheimen außerhalb des Anwendungsbereichs des Heimgesetzes	119	1101
Pflegevertrag bei häuslicher Pflege	120	1102

ZWÖLFTES KAPITEL

Bußgeldvorschrift

§§ 121–122

Bußgeldvorschrift	121	1102
Übergangsregelung	122	1103

Sozialgesetzbuch

– Soziale Pflegeversicherung –^{*)**)}

Vom 26. Mai 1994
(BGBl. I S. 1014)

ERSTES KAPITEL

Allgemeine Vorschriften

§ 1

Soziale Pflegeversicherung

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

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

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

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

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

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

¹⁾ In Abs. 6 Satz 3 wurden nach dem Wort „Familienangehörige“ die Worte „und eingetragene Lebenspartner (Lebenspartner)“ eingefügt durch Art. 3 § 56 des Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266); Inkrafttreten: 1. 8. 2001.

^{*} Zuletzt geändert durch Art. 10 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022).

^{**} Vgl. hierzu die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 3. April 2001 (BGBl. I S. 774):

Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts

Aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 3. April 2001 – 1 BvR 81/98 – wird folgende Entscheidungsformel veröffentlicht:

1. Die Regelungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch vom 26. Mai 1994 (Bundesgesetzblatt I Seite 1014, 1015) über den Zugang zur gesetzlichen Pflegeversicherung sind mit Artikel 3 Absatz 1 des Grundgesetzes insoweit unvereinbar, als durch sie Personen generell vom Zugang ausgeschlossen sind, die bei Inkrafttreten des Elften Buches Sozialgesetzbuch keinen die Versicherungspflicht nach diesem Gesetz begründenden Tatbestand erfüllten.
2. Der Gesetzgeber ist verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2001 nach Maßgabe der Gründe eine verfassungsgemäße Regelung zu treffen.

Die vorstehende Entscheidungsformel hat gemäß § 31 Abs. 2 des Bundesverfassungsgerichtsgesetzes Gesetzeskraft.

§ 2

Selbstbestimmung

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

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

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

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

§ 3

Vorrang der häuslichen Pflege

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

§ 4

Art und Umfang der Leistungen

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

(2) Bei häuslicher und teilstationärer Pflege ergänzen die Leistungen der Pflegeversicherung die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung. Bei teil- und vollstationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen von Aufwendungen entlastet, die für ihre Versorgung nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind (pflegebedingte Aufwendungen), die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst¹⁾.

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

¹⁾ Abs. 2 Satz 2 wurde neu gefaßt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996. Bisherige Fassung:

Bei vollstationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen von pflegebedingten Aufwendungen entlastet; die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung tragen die Pflegebedürftigen selbst.

§ 5

Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation¹⁾

(1) Die Pflegekassen wirken bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, daß frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation¹⁾ eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(2) Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen¹⁾ in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.

¹⁾ § 5 wurde ab 1. 9. 2001 durch Art. 10 des SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) wie folgt geändert:

- Die Überschrift wurde neu gefasst. Bisherige Fassung:

Vorrang von Prävention und Rehabilitation

- In Abs. 1 wurden die Worte „Maßnahmen der Prävention, der Krankenbehandlung und der Rehabilitation“ durch die Worte „Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation“ ersetzt.
- In Abs. 2 wurden die Worte „medizinischen und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation“ durch die Worte „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen“ ersetzt.

§ 6

Eigenverantwortung

(1) Die Versicherten sollen durch gesundheitsbewußte Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen und durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation¹⁾ dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(2) Nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit haben die Pflegebedürftigen an Leistungen zur¹⁾ medizinischen Rehabilitation und der aktivierenden Pflege mitzuwirken, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern.

¹⁾ In Abs. 1 wurden die Worte „medizinischer Rehabilitation“ durch die Worte „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ und in Abs. 2 die Worte „Maßnahmen der“ durch die Worte „Leistungen zur“ ersetzt durch Art. 10 des SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046); In-Kraft-Treten: 1. 9. 2001.

§ 7

Aufklärung, Beratung

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

(2) Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner¹⁾ in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, zu unterrichten und zu beraten. Mit Einwilligung des Versicherten haben der behandelnde Arzt, das Krankenhaus, die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie die Sozialleistungsträger unverzüglich die zuständige Pflegekasse zu benachrichtigen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Für die Beratung erforderliche personenbezogene Daten dürfen nur mit Einwilligung des Versicherten erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

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

gen eine Beratung darüber anzubieten, welche Pflegeleistungen für ihn in seiner persönlichen Situation in Betracht kommen.²⁾

(4) Die Pflegekassen können sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben nach diesem Buch aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsangeboten anderer Träger beteiligen; die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung ist zu gewährleisten.²⁾

¹⁾ In Abs. 2 Satz 1 wurden nach dem Wort „Angehörigen“ die Worte „und Lebenspartner“ eingefügt durch Art. 3 § 56 des Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266); Inkrafttreten: 1. 8. 2001.

²⁾ Die Abs. 3 und 4 wurden angefügt durch Art. 1 des Pflege- und Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

§ 8

Gemeinsame Verantwortung

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

(2) Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Sie tragen zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen bei; das gilt insbesondere für die Ergänzung des Angebots an häuslicher und stationärer Pflege durch neue Formen der teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege sowie für die Vorhaltung eines Angebots von die Pflege ergänzenden Leistungen zur¹⁾ medizinischen Rehabilitation. Sie unterstützen und fördern darüber hinaus die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung durch hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte sowie durch Angehörige, Nachbarn und Selbsthilfegruppen und wirken so auf eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung hin.

(3) Die Spitzenverbände der Pflegekassen können einheitlich und gemeinsam aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 5 Millionen Euro im Kalenderjahr Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige, durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. Dabei sind vorrangig modellhaft in einer Region Möglichkeiten eines personenbezogenen Budgets sowie neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige zu erproben. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels sowie von § 36 abgewichen werden. Mehrbelastungen der Pflegeversicherung, die dadurch entstehen, dass Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, durch Einbeziehung in ein Modellvorhaben höhere Leistungen als das Pflegegeld erhalten, sind in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einzubeziehen. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Die Spitzenverbände der Pflegekassen vereinbaren einheitlich und gemeinsam Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Modellvorhaben; § 213 Abs. 2 des Fünften Buches gilt entsprechend. Die Modellvorhaben sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung³⁾ abzustimmen. Soweit finanzielle Interessen einzelner Länder berührt werden, sind diese zu beteiligen. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln die Spitzenverbände und das Bundesversicherungsamt durch Vereinbarung. Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. § 45c Abs. 4 Satz 6 gilt entsprechend.²⁾

¹⁾ In Abs. 2 Satz 2 wurden die Worte „Maßnahmen der“ durch die Worte „Leistungen zur“ ersetzt durch Art. 10 des SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046); In-Kraft-Treten: 1. 9. 2001.

²⁾ Abs. 3 wurde angefügt durch Art. 1 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

³⁾ In Abs. 3 Satz 7 wurden nach den Worten „für Gesundheit“ die Worte „und Soziale Sicherung“ eingefügt durch Art. 212 der Achten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304); In-Kraft-Treten: 28. 11. 2003.

§ 9

Aufgaben der Länder

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

§ 10

Aufgaben des Bundes

(1) Beim Bundesministerium für Gesundheit³⁾ und Soziale Sicherung⁴⁾ wird ein Ausschuß für Fragen der Pflegeversicherung gebildet, dem die beteiligten Bundesressorts, die zuständigen obersten Landesbehörden, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege angehören. Das Bundesministerium für Gesundheit³⁾ und Soziale Sicherung⁴⁾ beruft darüber hinaus Bundesverbände der behinderten Menschen²⁾, der privaten ambulanten Dienste und der privaten Alten- und Pflegeheime in den Ausschuß¹⁾.

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

(3) Den Vorsitz und die Geschäfte führt das Bundesministerium für Gesundheit³⁾ und Soziale Sicherung⁴⁾.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit³⁾ und Soziale Sicherung⁴⁾ berichtet den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes im Abstand von drei Jahren, erstmals im Jahre 1997, über die Entwicklung der Pflegeversicherung, den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und die Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge des Ausschusses für Fragen der Pflegeversicherung.

¹⁾ Abs. 1 wurde neu gefaßt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996. Bisherige Fassung:

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

²⁾ In Abs. 1 Satz 2 wurde das Wort „Behinderten“ durch die Worte „behinderten Menschen“ ersetzt durch Art. 10 des SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046); In-Kraft-Treten: 1. 7. 2001.

³⁾ In Abs. 1 Satz 1 und 2 und Abs. 3 und 4 wurden die Worte „Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ jeweils durch die Worte „Bundesministerium für Gesundheit“ ersetzt durch Art. 219 der Siebenten Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785); In-Kraft-Treten: 7. 11. 2001.

⁴⁾ In Abs. 1 Satz 1 und 2, Abs. 3 und 4 wurden jeweils nach den Worten „für Gesundheit“ die Worte „und Soziale Sicherung“ eingefügt durch Art. 212 der Achten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304); In-Kraft-Treten: 28. 11. 2003.

§ 11

Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen

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

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

(3) Die Bestimmungen des Heimgesetzes bleiben unberührt.

§ 12

Aufgaben der Pflegekassen

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

(2) Die Pflegekassen wirken mit den Trägern der ambulanten und der stationären gesundheitlichen und sozialen Versorgung partnerschaftlich zusammen, um die für den Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren. Sie stellen insbesondere sicher, daß im Einzelfall ärztliche Behandlung, Behandlungspflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation¹⁾, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nahtlos und störungsfrei ineinandergreifen.

¹⁾ In Abs. 2 Satz 2 wurden die Worte „rehabilitative Maßnahmen“ durch die Worte „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ersetzt durch Art. 10 des SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046); In-Kraft-Treten: 1. 7. 2001.

§ 13

Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen

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

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

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

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

1. nach dem Bundessozialhilfegesetz,
2. nach dem Lastenausgleichsgesetz, dem Reparationsschädengesetz und dem Flüchtlingshilfegesetz,

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

vor. Leistungen zur Pflege nach diesen Gesetzen sind zu gewähren, wenn und soweit Leistungen der Pflegeversicherung nicht erbracht werden oder diese Gesetze dem Grunde oder der Höhe nach weitergehende Leistungen als die Pflegeversicherung vorsehen¹⁾. Die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen³⁾ nach dem Bundessozialhilfegesetz, dem Bundesversorgungsgesetz und dem Achten Buch bleiben unberührt, sie sind im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig; die notwendige Hilfe in den Einrichtungen nach § 71 Abs. 4 ist einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren^{1),5)}

(3a) Die Leistungen nach § 45b finden bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach Absatz 3 Satz 1 keine Berücksichtigung.⁴⁾

(4) Treffen Pflegeleistungen mit Leistungen der Eingliederungshilfe oder mit weitergehenden Pflegeleistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz⁵⁾ zusammen, sollen die Pflegekassen und der Träger der Sozialhilfe vereinbaren, daß im Verhältnis zum Pflegebedürftigen nur eine Stelle die Leistungen übernimmt und die andere Stelle die Kosten der von ihr zu tragenden Leistungen erstattet.

(5) Die Leistungen der Pflegeversicherung bleiben als Einkommen bei Sozialleistungen⁵⁾, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, unberücksichtigt. Satz 1 gilt entsprechend bei Vertragsleistungen aus privaten Pflegeversicherungen, die der Art und dem Umfang nach den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind. Rechtsvorschriften, die weitergehende oder ergänzende Leistungen aus einer privaten Pflegeversicherung von der Einkommensermittlung ausschließen, bleiben unberührt.

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

1. in den Fällen des § 1361 Abs. 3, der §§ 1579, 1603 Abs. 2 und des § 1611 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,
2. für Unterhaltsansprüche der Pflegeperson, wenn von dieser erwartet werden kann, ihren Unterhaltsbedarf ganz oder teilweise durch eigene Einkünfte zu decken und der Pflegebedürftige mit dem Unterhaltspflichtigen nicht in gerader Linie verwandt ist.²⁾

¹⁾ In Abs. 3 wurde der bisherige Satz 2 durch die neuen Sätze 2 und 3 ersetzt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996. Der bisherige Satz 2 lautete:

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

²⁾ Abs. 6 wurde angefügt durch Art. 1 des 4. SGB XI-Änderungsgesetzes vom 21. Juli 1999 (BGBl. I S. 1656); Inkrafttreten: 1. 8. 1999.

³⁾ In Abs. 3 Satz 3 wurde das Wort „Behinderte“ durch die Worte „behinderte Menschen“ ersetzt durch Art. 10 des SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046); In-Kraft-Treten: 1. 7. 2001.

⁴⁾ Abs. 3a wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

⁵⁾ § 13 wird durch Art. 10 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) ab **1. 1. 2005** wie folgt geändert:

- Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - In Satz 1 Nr. 1 wird das Wort „Bundessozialhilfegesetz“ durch die Worte „Zwölften Buch“ ersetzt.
 - In Satz 3 wird das Wort „Bundessozialhilfegesetz“ durch die Worte „Zwölften Buch“ ersetzt.
 - In Absatz 4 wird das Wort „Bundessozialhilfegesetz“ durch die Worte „Zwölften Buch“ ersetzt.
 - In Absatz 5 Satz 1 werden nach dem Wort „Sozialleistungen“ die Worte „und bei Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz“ eingefügt.

ZWEITES KAPITEL

Leistungsberechtigter Personenkreis

§ 14

Begriff der Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

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

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

§ 15

Stufen der Pflegebedürftigkeit

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

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

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43a reicht die Feststellung, daß die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind¹⁾.

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

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

1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen¹⁾.

¹⁾ Abs. 1 Satz 2 wurde angefügt und Abs. 3 neu gefaßt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996. Bisherige Fassung von Abs. 3:

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

§ 16

Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit³⁾ und Soziale Sicherung⁴⁾ wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend²⁾³⁾⁴⁾ durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zur näheren Abgrenzung der in § 14 genannten Merkmale der Pflegebedürftigkeit,¹⁾ der Pflegestufen nach § 15 sowie zur Anwendung der Härtefallregelung des § 36 Abs. 4 und des § 43 Abs. 3¹⁾ zu erlassen.

¹⁾ Das Wort „sowie“ wurde durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „§ 15“ wurden die Worte „sowie zur ...“ und des § 43 Abs. 3“ eingefügt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996.

²⁾ Die Worte „Familie und Senioren“ wurden durch die Worte „Familie, Senioren, Frauen und Jugend“ ersetzt durch Art. 41 der Sechsten Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390); Inkrafttreten: 14. 10. 1997.

³⁾ Die Worte „Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ wurden durch die Worte „Das Bundesministerium für Gesundheit“ und die Worte „dem Bundesministerium für Gesundheit“ durch die Worte „dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ ersetzt durch Art. 219 der Siebten Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785); In-Kraft-Treten: 7. 11. 2001.

⁴⁾ In § 16 wurden nach den Worten „für Gesundheit“ die Worte „und Soziale Sicherung“ eingefügt und nach den Worten „und Jugend“ die Worte „und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ gestrichen durch Art. 212 der Achten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304); In-Kraft-Treten: 28. 11. 2003.

§ 17

Richtlinien der Pflegekassen

(1) Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen im Interesse einer einheitlichen Rechtsanwendung gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen Richtlinien zur näheren Abgrenzung der in § 14 genannten Merkmale der Pflegebedürftigkeit, der Pflegestufen nach § 15 und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen²⁾, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spit-

zenverbände auf Bundesebene, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime sowie die Verbände der privaten ambulanten Dienste zu beteiligen. Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich Richtlinien zur Anwendung der Härtefallregelungen des § 36 Abs. 4 und des § 43 Abs. 3¹⁾.

(2) Die Richtlinien nach Absatz 1 werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit³⁾ und Soziale Sicherung⁴⁾ sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit³⁾ und Soziale Sicherung⁴⁾ vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit³⁾ und Soziale Sicherung⁴⁾ sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

¹⁾ In Abs. 1 wurde die Angabe „§ 43 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 43 Abs. 3“ ersetzt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996.

²⁾ In Abs. 1 Satz 2 wurde das Wort „Behinderte“ durch die Worte „behinderte Menschen“ ersetzt durch Art. 10 des SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046); In-Kraft-Treten: 1. 7. 2001.

³⁾ In Abs. 2 wurden in den Sätzen 1, 2 und 3 die Worte „Arbeit und Sozialordnung“ durch das Wort „Gesundheit“ ersetzt durch Art. 219 der Siebenten Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785); In-Kraft-Treten: 7. 11. 2001.

⁴⁾ In Abs. 2 Satz 1, 2 und 3 wurden jeweils nach den Worten „für Gesundheit“ die Worte „und Soziale Sicherung“ eingefügt durch Art. 212 der Achten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304); In-Kraft-Treten: 28. 11. 2003.

§ 18

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(1) Die Pflegekassen haben durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt.¹⁾²⁾ Im Rahmen dieser Prüfungen hat der Medizinische Dienst durch eine Untersuchung des Antragstellers die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4 festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit zu ermitteln²⁾. Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation mit Ausnahme von Kuren²⁾.

(2) Der Medizinische Dienst hat den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Die §§ 65, 66 des Ersten Buches bleiben unberührt. Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn auf Grund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.

(3) Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung²⁾ erforderlich ist, ist die Begutachtung dort²⁾ unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse²⁾ durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden.¹⁾

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

sicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden²⁾.

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

(6) Der Medizinische Dienst hat der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung mitzuteilen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation¹⁾, Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

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

¹⁾ § 18 wurde ab 1. 7. 2001 durch Art. 10 des SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) wie folgt geändert:

- In Abs. 1 wurde nach Satz 1 ein neuer Satz 2 eingefügt.
- In dem bisherigen Abs. 1 Satz 2 wurden vor den Worten „medizinischen Rehabilitation“ die Worte „vorrangigen Leistungen zur“ eingefügt (vgl. hierzu Fußn. 2).
- Nach Abs. 2 wurde ein neuer Abs. 3 eingefügt.
- Aus den Abs. 3, 4, 5 und 6 wurden die Abs. 4, 5, 6 und 7.
- In dem bisherigen Abs. 5 Satz 1 wurden die Worte „Maßnahmen zur Rehabilitation“ durch die Worte „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ersetzt.

²⁾ § 18 wurde ab 1. 1. 2002 durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) wie folgt geändert:

- In Abs. 1 wurde der bisherige Satz 2 aufgehoben und der bisherige Satz 3 durch die neuen Sätze 2 und 3 ersetzt. Die bisherigen Sätze 2 und 3 lauteten:

Die Prüfung erfolgt durch eine Befragung des Versicherten und seiner pflegenden Angehörigen zum Hilfebedarf bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens und eine sich anschließende Untersuchung des Versicherten. Im Rahmen dieser Prüfungen hat der Medizinische Dienst auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der vorrangigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation mit Ausnahme von Kuren.

- In Abs. 3 wurden die Worte „eine Begutachtung im Krankenhaus“ durch die Worte „eine Begutachtung in der Einrichtung“ ersetzt sowie nach den Worten „ist die Begutachtung“ das Wort „dort“ und nach dem Wort „Woche“ die Worte „nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse“ eingefügt.
- Abs. 4 Satz 2 wurde angefügt.

§ 19

Begriff der Pflegepersonen

Pflegepersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14¹⁾ in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegt¹⁾.

¹⁾ In Satz 1 wurden nach der Angabe „§ 14“ die Worte „wenigstens 14 Stunden wöchentlich“ gestrichen und Satz 2 wurde angefügt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996.

DRITTES KAPITEL

Versicherungspflichtiger Personenkreis**§ 20⁸⁾****Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung
für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung**

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

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind; für die Zeit des Bezugs von Kurzarbeiter- oder Winterausfallgeld nach dem Dritten Buch bleibt die Versicherungspflicht unberührt,¹⁾
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe⁸⁾ oder Unterhaltsgeld⁷⁾ nach dem Dritten Buch beziehen, auch wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist; ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats der Ruhezeit wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Abs. 2 des Dritten Buches)⁶⁾ gelten die Leistungen als bezogen,¹⁾
3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler, die nach § 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtig sind,
4. selbständige Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,
5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe, in Berufsbildungswerken oder in ähnlichen Einrichtungen für behinderte Menschen⁵⁾ für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben⁵⁾ zur Rehabilitation sowie an Berufsförderung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Leistungen⁵⁾ werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,
7. Behinderte Menschen⁵⁾, die in⁵⁾ anerkannten Werkstätten für Behinderte oder in nach dem Blindenwarenvertriebsgesetz anerkannten Blindenwerkstätten oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind,
8. Behinderte Menschen⁵⁾, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,
9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen,
10. Personen, die zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt beschäftigt sind oder die eine Fachschule oder Berufsfachschule besuchen oder eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt²⁾ verrichten (Praktikanten); Auszubildende des Zweiten Bildungsweges, die sich in einem nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnittes befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,
11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, soweit sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a oder 12⁴⁾ des Fünften Buches der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

(2) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird. Satz 1

gilt nicht für Personen, die im Ausland ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat haben, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

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

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

(4) Nehmen Personen, die mindestens zehn Jahre nicht in der sozialen Pflegeversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig waren, eine dem äußeren Anschein nach versicherungspflichtige Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung auf, besteht die widerlegbare Vermutung, daß eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung nach Absatz 1 Nr. 1 oder eine versicherungspflichtige selbstständige Tätigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 oder 4 tatsächlich nicht ausgeübt wird. Dies gilt insbesondere für eine Beschäftigung bei Familienangehörigen oder Lebenspartnern³⁾.

¹⁾ Abs. 1 Nr. 1 und 2 wurden neu gefaßt durch Art. 10 des Gesetzes zur Reform der Arbeitsförderung vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594); Inkrafttreten: 1. 1. 1998. Bisherige Fassung:

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,

2. Personen, die Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Eingliederungsgeld, Eingliederungshilfe für Spätaussiedler, Unterhaltsgeld oder Altersübergangsgeld nach dem Arbeitsförderungsgesetz beziehen,

²⁾ In Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 wurden nach dem Wort „Tätigkeit“ die Worte „ohne Arbeitsentgelt“ und nach Abs. 2 der Abs. 2a eingefügt durch Art. 3 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626); Inkrafttreten: 1. 1. 2000.

³⁾ In Abs. 4 Satz 2 wurden nach dem Wort „Familienangehörigen“ die Worte „oder Lebenspartnern“ eingefügt durch Art. 3 § 56 des Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266); In-Kraft-Treten: 1. 8. 2001.

⁴⁾ In Abs. 1 Satz 2 Nr. 11 wurde die Angabe „§ 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12“ durch die Angabe „§ 5 Abs. 1 Nr. 11, 11a oder 12“ ersetzt durch Art. 4 des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes und anderer Gesetze vom 13. Juni 2001 (BGBl. I S. 1027); In-Kraft-Treten: 1. 7. 2001.

⁵⁾ Abs. 1 wurde ab 1. 7. 2001 durch Art. 10 des SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) wie folgt geändert:

- In Nr. 5 wurde das Wort „Behinderte“ durch die Worte „behinderte Menschen“ ersetzt.
 - In Nr. 6 wurden die Worte „berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation“ durch die Worte „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ und das Wort „Maßnahmen“ durch das Wort „Leistungen“ ersetzt.
 - In Nr. 7 wurden das Wort „Behinderte“ durch die Worte „Behinderte Menschen“ und nach dem Wort „in“ die Worte „nach dem Schwerbehindertengesetz“ gestrichen.
 - In Nr. 8 wurde das Wort „Behinderte“ durch die Worte „Behinderte Menschen“ ersetzt.
- ⁶⁾ In Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 wurden nach den Worten „(§ 144 des Dritten Buches)“ die Worte „oder ab Beginn des zweiten Monats der Ruhenszeit wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Abs. 2 des Dritten Buches)“ eingefügt durch Art. 6 des Job-AQTIV-Gesetzes vom 10. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3443); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

⁷⁾ In Abs. 1 Nr. 2 werden die Worte „oder Unterhaltsgeld“ gestrichen durch Art. 10 des Dritten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 23. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2848). In-Kraft-Treten: **1. 1. 2005**.

⁸⁾ Abs. 1 wird ab **1. 1. 2005** durch Art. 11 des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 24. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2954) wie folgt geändert:

- In Nummer 2 wird das Wort „Arbeitslosenhilfe“ gestrichen.

- Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

„2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, soweit sie in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht familienversichert sind, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 23 Abs. 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden,“

§ 21

Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen

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

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

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

§ 22

Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Personen, die nach § 20 Abs. 3 in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, können auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn sie nachweisen, daß sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner¹⁾, die bei Versicherungspflicht nach § 25 versichert wären, Leistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. Die befreiten Personen sind verpflichtet, den Versicherungsvertrag aufrechtzuerhalten, solange sie krankenversichert sind. Personen, die bei Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen erhalten, sind zum Abschluß einer entsprechenden anteiligen Versicherung im Sinne des Satzes 1 verpflichtet.

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

¹⁾ In Abs. 1 Satz 1 wurden nach dem Wort „Angehörigen“ die Worte „oder Lebenspartner“ eingefügt durch Art. 3 § 56 des Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266); Inkrafttreten: 1. 8. 2001.

§ 23

Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen

(1) Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, sind vorbehaltlich des Absatzes 2 verpflichtet, bei diesem Unternehmen zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag abzuschließen und aufrechtzuerhalten. Der Vertrag muß ab dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht für sie selbst und ihre Angehörigen oder Lebenspartner³⁾, für die in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 eine Familienversicherung bestünde, Vertragsleistungen vorsehen, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind. Dabei tritt an die Stelle der Sachleistungen eine der Höhe nach gleiche Kostenerstattung.

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

(3) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, sind zum Abschluß einer entsprechenden anteiligen beihilfekonformen Versicherung im Sinne des Absatzes 1 verpflichtet, sofern sie nicht nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind. Die beihilfekonforme Versicherung ist so auszugestalten, daß ihre Vertragsleistungen zusammen mit den Beihilfeleistungen, die sich bei Anwendung der in § 14 Abs. 1 und 5 der Beihilfavorschriften des Bundes festgelegten Bemessungssätze ergeben, den in Absatz 1 Satz 2 vorgeschriebenen Versicherungsschutz gewährleisten¹⁾.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für

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

(5) Die Absätze 1, 3 und 4 gelten nicht für Personen, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits Pflegeleistungen nach § 35 Abs. 6 des Bundesversorgungsgesetzes, nach § 44 des Siebten Buches²⁾, nach § 34 des Beamtenversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen erhalten, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, sofern sie keine Familienangehörigen oder Lebenspartner³⁾ haben, für die in der sozialen Pflegeversicherung nach § 25 eine Familienversicherung bestünde.

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

1. für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einer Pflegestufe dieselben Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung anzulegen und
2. die in der sozialen Pflegeversicherung zurückgelegte Versicherungszeit des Mitglieds und seiner nach § 25 familienversicherten Angehörigen oder Lebenspartner³⁾ auf die Wartezeit anzurechnen.

¹⁾ Abs. 3 Satz 2 wurde angefügt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996.

²⁾ In Abs. 5 wurden die Worte „§ 558 Abs. 2 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Worte „§ 44 des Siebten Buches“ ersetzt durch Art. 7 des Unfallversicherungs-Einordnungsgesetzes vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1254); Inkrafttreten: 1. 1. 1997.

³⁾ In Abs. 1 Satz 2, Abs. 5 und Abs. 6 Nr. 2 wurden nach dem Wort „Angehörigen“ bzw. „Familienangehörigen“ jeweils die Worte „oder Lebenspartner“ eingefügt durch Art. 3 § 56 des Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266); Inkrafttreten: 1. 8. 2001.

§ 24

Versicherungspflicht der Abgeordneten

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

§ 25

Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner³⁾ und die Kinder von Mitgliedern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,
2. nicht nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 oder 11 oder nach § 20 Abs. 3 versicherungspflichtig sind,
3. nicht nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert sind,
4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und
5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches⁵⁾⁶⁾ überschreitet; bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt; für geringfügig Beschäftigte nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, § 8a des Vierten Buches beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro¹⁾⁶⁾.

§ 7 Abs. 1 Satz 3 und 4 und Abs. 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie § 10 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches gelten¹⁾ entsprechend.

(2) Kinder sind versichert:

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

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

(3) Kinder sind nicht versichert, wenn der mit den Kindern verwandte Ehegatte oder Lebenspartner³⁾ des Mitglieds nach § 22 von der Versicherungspflicht befreit oder nach § 23 in der privaten Pflegeversicherung pflichtversichert ist und sein Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Zwölftel der Beitragsbemessungsgrenze übersteigt und regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des Mitglieds ist; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt.

(4) Die Versicherung nach Absatz 2 Nr. 1, 2 und 3 bleibt bei Personen, die auf Grund gesetzlicher Pflicht mehr als drei Tage Wehrdienst oder Zivildienst oder die Dienstleistungen oder Übungen nach den §§ 51a, 54 Abs. 5 oder § 58a des Soldatengesetzes leisten, für die Dauer des Dienstes bestehen.²⁾

¹⁾ In Abs. 1 wurde in Satz 1 die Nr. 5 neu gefasst und in Satz 2 das Wort „gilt“ durch die Worte „sowie § 10 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches gelten“ ersetzt durch Art. 3 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626); Inkrafttreten: 1. 1. 2000.

²⁾ Abs. 4 wurde neu gefasst durch Art. 16 des Gesetzes zur Änderung des Soldatengesetzes und anderer Vorschriften vom 19. Dezember 2000 (BGBl. I S. 1815); Inkrafttreten: 24. 12. 2000. Bisherige Fassung:

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

^{*)} In Abs. 4 wurden nach dem Wort „leisten“ die Worte „oder die ... Wehrdienst leisten“ eingefügt durch Art. 20 des Gesetzes zur Änderung wehrpflichtrechtlicher, soldatenrechtlicher, beamtenrechtlicher und anderer Vorschriften vom 24. Juli 1995 (BGBl. I S. 962); Inkrafttreten: 29. 7. 1995.

³⁾ In Abs. 1 Satz 1 und in Abs. 3 wurden jeweils nach dem Wort „Ehegatte“ die Worte „, der Lebenspartner“ bzw. „oder Lebenspartner“ eingefügt durch Art. 3 § 56 des Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266); Inkrafttreten: 1. 8. 2001.

⁴⁾ In Abs. 2 Nr. 4 wurde nach dem Wort „Behinderung“ die Angabe „(§ 2 Abs. 1 des Neunten Buches)“ eingefügt durch Art. 10 des SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046); In-Kraft-Treten: 1. 7. 2001.

⁵⁾ In Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 wurde die Angabe „630 Deutsche Mark“ durch die Angabe „325 Euro“ ersetzt durch Art. 2 des Achten Euro-Einführungsgesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

⁶⁾ In Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 wurden nach den Worten „Vierten Buches“ die Worte „mindestens jedoch 325 Euro,“ gestrichen, der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und der Satzteil „für geringfügig ... 400 Euro.“ angefügt durch Art. 6 des Zweiten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4621); In-Kraft-Treten: 1. 4. 2003.

§ 26

Weiterversicherung

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

(2) Personen, die wegen der Verlegung ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland aus der Versicherungspflicht ausscheiden, können sich auf Antrag weiterversichern. Der Antrag ist bis spätestens einen Monat nach Ausscheiden aus der Versicherungspflicht bei der Pflegekasse zu stellen, bei der die Versicherung zuletzt bestand. Die Weiterversicherung erstreckt sich auch auf die nach § 25 versicherten Familienangehörigen oder Lebenspartner¹⁾, die gemeinsam mit dem Mitglied ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in das Ausland verlegen. Für Familienangehörige oder Lebenspartner¹⁾, die im Inland verbleiben, endet die Familienversiche-

zung nach § 25 mit dem Tag, an dem das Mitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt.

¹⁾ In Abs. 2 Satz 3 und 4 wurden nach dem Wort "Familienangehörigen" bzw. "Familienangehörige" jeweils die Worte "oder Lebenspartner" eingefügt durch Art. 3 § 56 des Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266); Inkrafttreten: 1. 8. 2001.

§ 26a¹⁾

Beitrittsrecht

(1) Personen mit Wohnsitz im Inland, die nicht pflegeversichert sind, weil sie zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 trotz Wohnsitz im Inland keinen Tatbestand der Versicherungspflicht oder der Mitversicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erfüllten, sind berechtigt, die freiwillige Mitgliedschaft bei einer der nach § 48 Abs. 2 wählbaren sozialen Pflegekassen zu beantragen oder einen Pflegeversicherungsvertrag mit einem privaten Versicherungsunternehmen abzuschließen. Ausgenommen sind Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz²⁾ beziehen sowie Personen, die nicht selbst in der Lage sind, einen Beitrag zu zahlen. Der Beitritt ist gegenüber der gewählten Pflegekasse oder dem gewählten privaten Versicherungsunternehmen bis zum 30. Juni 2002 schriftlich zu erklären; er bewirkt einen Versicherungsbeginn rückwirkend zum 1. April 2001. Die Vorversicherungszeiten nach § 33 Abs. 2 gelten als erfüllt. Auf den privaten Versicherungsvertrag findet § 110 Abs. 1 Anwendung.

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

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

¹⁾ § 26a wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

²⁾ In Abs. 1 Satz 2 wird das Wort „Bundessozialhilfegesetz“ durch die Worte „Zwölften Buch“ ersetzt durch Art. 10 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022). In-Kraft-Treten: **1. 1. 2005**.

§ 27

Kündigung eines privaten Pflegeversicherungsvertrages

Personen, die nach den §§ 20 oder 21 versicherungspflichtig werden und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind, können ihren Versicherungsvertrag mit Wirkung vom Eintritt der Versicherungspflicht an kündigen. Das Kündigungsrecht gilt auch für Familienangehörige oder Lebenspartner²⁾, wenn für sie eine Familienversicherung nach § 25 eintritt. § 5 Abs. 10 des Fünften Buches gilt entsprechend¹⁾.

¹⁾ Satz 3 wurde angefügt durch Art. 3 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626); Inkrafttreten: 1. 1. 2000.

²⁾ In Satz 2 wurden nach dem Wort „Familienangehörige“ die Worte „oder Lebenspartner“ eingefügt durch Art. 3 § 56 des Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266); Inkrafttreten: 1. 8. 2001.

VIERTES KAPITEL

Leistungen der Pflegeversicherung

ERSTER ABSCHNITT

Übersicht über die Leistungen

§ 28

Leistungsarten, Grundsätze

(1) Die Pflegeversicherung gewährt folgende Leistungen:

1. Pflegesachleistung (§ 36),
2. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37),
3. Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38),
4. häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39),
5. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (§ 40),
6. Tagespflege und Nachtpflege (§ 41),
7. Kurzzeitpflege (§ 42),
8. vollstationäre Pflege (§ 43),
9. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen²⁾ (§ 43a)¹⁾,
- 10.¹⁾ Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44),
- 11.¹⁾ Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45),
12. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches³⁾.

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

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

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

erbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden.

¹⁾ Abs. 1 Nr. 9 wurde eingefügt und die bisherigen Nummern 9 und 10 wurden die Nummern 10 und 11 durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996.

²⁾ In Abs. 1 Nr. 9 wurde das Wort „Behindertenhilfe“ durch die Worte „Hilfe für behinderte Menschen“ ersetzt durch Art. 10 des SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046); In-Kraft-Treten: 1. 7. 2001.

³⁾ In Abs. 1 wurden ab 1. 7. 2004 durch Art. 10 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) in der Nummer 11 der Punkt durch ein Komma ersetzt und eine Nummer 12 angefügt.

ZWEITER ABSCHNITT

Gemeinsame Vorschriften

§ 29

Wirtschaftlichkeitsgebot

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

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

§ 30

Dynamisierung

Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Höhe der Leistungen sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen¹⁾ im Rahmen des geltenden Beitragssatzes (§ 55 Abs. 1) und der sich daraus ergebenden Einnahmenentwicklung anzupassen.

¹⁾ Nach dem Wort „Leistungen“ wurden die Worte „sowie die in § 37 Abs. 3 festgelegten Vergütungen“ eingefügt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996.

§ 31

Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

(1) Die Pflegekassen prüfen im Einzelfall, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen¹⁾ geeignet und zumutbar sind, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Werden Leistungen nach diesem Buch gewährt, ist bei Nachuntersuchungen die Frage geeigneter und zumutbarer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation¹⁾ mit zu prüfen.

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

(3) Wenn eine Pflegekasse feststellt, daß im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation¹⁾ angezeigt sind, hat sie dies dem Versicherten und¹⁾ dem zuständigen Träger der Rehabilitation unverzüglich mitzuteilen.

(4) Die Pflegekassen unterstützen die Versicherten auch bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation¹⁾, insbesondere bei der Antragstellung.

¹⁾ § 31 wurde ab 1. 7. 2001 durch Art. 10 des SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) wie folgt geändert:

- In Abs. 1 Satz 1 wurde das Wort „Rehabilitation“ durch die Worte „medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen“ ersetzt.
- In Abs. 1 Satz 2 wurde das Wort „Rehabilitation“ durch die Worte „medizinischen Rehabilitation“ ersetzt.
- In Abs. 3 wurden die Worte „Leistungen zur Rehabilitation“ durch die Worte „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ersetzt und nach dem Wort „dies“ die Worte „dem Versicherten und“ eingefügt.
- In Abs. 4 wurden die Worte „Leistungen zur Rehabilitation“ durch die Worte „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ersetzt.

§ 32

Vorläufige Leistungen zur medizinischen¹⁾ Rehabilitation

(1) Die Pflegekasse erbringt vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn eine sofortige Leistungserbringung erforderlich ist, um eine unmittelbar drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zum mindern oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhüten, und sonst die sofortige Einleitung der Leistungen gefährdet wäre.¹⁾

(2) Die Pflegekasse hat zuvor den zuständigen Träger zu unterrichten und auf die Eilbedürftigkeit der Leistungsgewährung hinzuweisen; wird dieser nicht rechtzeitig, spätestens jedoch vier Wochen nach Antragstellung,¹⁾ tätig, erbringt die Pflegekasse die Leistungen vorläufig.

¹⁾ § 32 wurde ab 1. 7. 2001 durch Art. 10 des SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) wie folgt geändert:

- In der Überschrift wurde vor dem Wort „Rehabilitation“ das Wort „medizinischen“ eingefügt.
- Abs. 1 wurde neu gefasst. Bisherige Fassung:

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

- In Abs. 2 wurden nach dem Wort „rechtzeitig“ ein Komma und die Worte „spätestens jedoch vier Wochen nach Antragstellung,“ eingefügt.

§ 33

Leistungsvoraussetzungen

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

(2) Anspruch auf Leistungen besteht:

1. in der Zeit vom 1. Januar 1996 bis 31. Dezember 1996, wenn der Versicherte vor der Antragstellung mindestens ein Jahr,

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

als Mitglied versichert oder nach § 25 familienversichert war. Zeiten der Weiterversicherung nach § 26 Abs. 2 werden bei der Ermittlung der nach Satz 1 erforderlichen Vorversicherungszeit mitberücksichtigt. Für versicherte Kinder gilt die Vorversicherungszeit nach Satz 1 als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

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

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

§ 34

Ruhen der Leistungsansprüche

(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiter zu gewähren. Für die Pflegesachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet¹⁾,
2. soweit Versicherte Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit unmittelbar nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder aus öffentlichen Kassen auf Grund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhalten. Dies gilt auch, wenn vergleichbare Leistungen aus dem Ausland oder von einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung bezogen werden.

(2) Der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege ruht darüber hinaus, soweit im Rahmen des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege (§ 37 des Fünften Buches) auch Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung besteht, sowie für die Dauer des stationären Aufenthalts in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4, soweit § 39 nichts Abweichendes bestimmt¹⁾. Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 ist in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation²⁾ weiter zu zahlen¹⁾.

(3) Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation^{2), 1)}

¹⁾ Abs. 1 Nr. 1 wurde neu gefaßt, in Abs. 2 wurden in Satz 1 die Worte „einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme“ durch die Worte „des stationären ... Abweichendes bestimmt“ ersetzt und Satz 2 neu gefaßt und Abs. 3 wurde an-

gefügt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996. Bisherige Fassungen:

Von Abs. 1 Nr. 1:

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

Von Abs. 2 Satz 2:

Die Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 ruhen nicht für die Dauer der häuslichen Krankenpflege.

²⁾ In Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 wurden jeweils die Worte „medizinischen Rehabilitationsmaßnahme“ durch die Worte „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ersetzt durch Art. 10 des SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046); In-Kraft-Treten: 1. 7. 2001.

§ 35

Erlöschen der Leistungsansprüche

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

§ 35a¹⁾

Teilnahme an einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches

Pflegebedürftige können auf Antrag die Leistungen nach den §§ 36, 37 Abs. 1, §§ 38, 40 Abs. 2 und § 41 auch als Teil eines trägerübergreifenden Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches in Verbindung mit der Budgetverordnung und § 159 des Neunten Buches erhalten; bei der Kombinationsleistung nach § 38 ist nur das anteilige und im Voraus bestimmte Pflegegeld als Geldleistung budgetfähig, die Sachleistungen nach den §§ 36, 38 und 41 dürfen nur in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach diesem Buch berechtigen. Der beauftragte Leistungsträger nach § 17 Abs. 4 des Neunten Buches hat sicherzustellen, dass eine den Vorschriften dieses Buches entsprechende Leistungsbewilligung und Verwendung der Leistungen durch den Pflegebedürftigen gewährleistet ist. Andere als die in Satz 1 genannten Leistungsansprüche bleiben ebenso wie die sonstigen Vorschriften dieses Buches unberührt.

¹⁾ § 35a wurde eingefügt durch Art. 10 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022); In-Kraft-Treten: 1. 7. 2004.

DRITTER ABSCHNITT

Leistungen

ERSTER TITEL

Leistungen bei häuslicher Pflege

§ 36¹⁾

Pflegesachleistung

(1) Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe)²⁾. Leistungen der häuslichen Pflege sind auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie sind nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Abs. 4 gepflegt werden²⁾. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete

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

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

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

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 384 Euro³⁾,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 921 Euro³⁾,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1 432 Euro³⁾.

(4) Die Pflegekassen können in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 1 918 Euro³⁾ monatlich gewähren, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muß. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf bei der einzelnen Pflegekasse für nicht mehr als drei vom Hundert der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, Anwendung finden²⁾.

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 4. 1995.

²⁾ In Abs. 1 wurde der bisherige Satz 1 durch die neuen Sätze 1 und 2 (die bisherigen Sätze 2 und 3 wurden die Sätze 3 und 4) ersetzt und Abs. 4 Satz 2 wurde neu gefaßt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996. Bisherige Fassungen: Von Abs. 1 Satz 1:

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

Von Abs. 4 Satz 2:

Die Pflegekassen haben sicherzustellen, daß die Ausnahmeregelung des Satzes 1 insgesamt für nicht mehr als drei vom Hundert der Pflegebedürftigen der Pflegestufe III Anwendung findet.

³⁾ § 36 wurde ab 1. 1. 2002 durch Art. 2 des Achten Euro-Einführungsgesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) wie folgt geändert:

- Abs. 3 wurde wie folgt geändert:
 - In Nr. 1 wurde die Angabe „750 Deutsche Mark“ durch die Angabe „384 Euro“ ersetzt.
 - In Nr. 2 wurde die Angabe „1 800 Deutsche Mark“ durch die Angabe „921 Euro“ ersetzt.
 - In Nr. 3 wurde die Angabe „2 800 Deutsche Mark“ durch die Angabe „1 432 Euro“ ersetzt.
- In Abs. 4 wurde die Angabe „3 750 Deutsche Mark“ durch die Angabe „1 918 Euro“ ersetzt.

§ 37¹⁾

Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

(1) Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, daß der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung²⁾ in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat:

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I 205 Euro⁴⁾,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II 410 Euro⁴⁾,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III 665 Euro⁴⁾.

(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist³⁾.

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

1. bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich,
2. bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht angestellte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 16 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 26 Euro. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen.⁵⁾

(4) Die Pflegedienste sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Die Spitzenverbände der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. Der beauftragte Pflegedienst hat dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.⁵⁾

(5) Die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. beschließen gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3.⁵⁾

(6) Rufen Pflegebedürftige die Beratung nach Absatz 3 Satz 1 nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.⁵⁾

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 4. 1995.

²⁾ In Abs. 1 Satz 2 wurden nach dem Wort „Versorgung“ die Worte „durch eine Pflegeperson“ gestrichen und Abs. 3 Satz 2 wurde durch die Sätze 2 bis 7 ersetzt (vgl. hierzu Fußn. 5) durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996. Bisherige Fassung von Abs. 3 Satz 2:

Die Kosten des Pflegeeinsatzes werden dem Pflegebedürftigen von der Pflegekasse auf Nachweis unter Anrechnung auf das Pflegegeld erstattet.

³⁾ Abs. 2 Satz 2 wurde angefügt und in Abs. 3 Satz 3 wurden die Worte „von dem Pflegebedürftigen“ durch die Worte „von der zuständigen ... zuständigen Versicherungsunternehmen,“ ersetzt (vgl. hierzu Fußn. 5) durch Art. 1 des 4. SGB XI-Änderungsgesetzes vom 21. Juli 1999 (BGBl. I S. 1656); Inkrafttreten: 1. 8. 1999.

⁴⁾ § 37 wurde ab 1. 1. 2002 durch Art. 2 des Achten Euro-Einführungsgesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) wie folgt geändert:

- Abs. 1 wurde wie folgt geändert:
 - In Satz 3 Nr. 1 wurde die Angabe „400 Deutsche Mark“ durch die Angabe „205 Euro“ ersetzt.
 - In Satz 3 Nr. 2 wurde die Angabe „800 Deutsche Mark“ durch die Angabe „410 Euro“ ersetzt.
 - In Satz 3 Nr. 3 wurde die Angabe „1 300 Deutsche Mark“ durch die Angabe „665 Euro“ ersetzt.
 - In Abs. 3 Satz 4 wurden die Angabe „30 Deutsche Mark“ durch die Angabe „16 Euro“ und die Angabe „50 Deutsche Mark“ durch die Angabe „26 Euro“ ersetzt (vgl. hierzu Fußn. 5).
- ⁵⁾ Abs. 3 wurde neu gefasst und die Abs. 4 bis 6 angefügt durch Art. 1 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002. Bisherige Fassung des Abs. 3:

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

1. bei Pflegestufe I und II mindestens einmal halbjährlich,
2. bei Pflegestufe III mindestens einmal vierteljährlich

einen Pflegeeinsatz durch eine Pflegeeinrichtung, mit der die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, abzurufen. Die Pflegeeinsätze dienen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der häuslich Pflegenden. Die Vergütung des Pflegeeinsatzes ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen Versicherungsunternehmen, zu tragen. Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 16 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 26 Euro. Die Pflegedienste haben mit Einverständnis des Pflegebedürftigen der zuständigen Pflegekasse die bei dem Pflegeeinsatz gewonnenen Erkenntnisse zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung mitzuteilen. Die Spitzenverbände der Pflegekassen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung; der Pflegebedürftige erhält vom Pflegedienst eine Durchschrift der Mitteilung. Ruft der Pflegebedürftige den Pflegeeinsatz nicht ab oder wird das Einverständnis nach Satz 4 nicht erteilt, hat die Pflegekasse das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.

§ 38¹⁾

Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung)

Nimmt der Pflegebedürftige die ihm nach § 36 Abs. 3 und 4²⁾ zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld im Sinne des § 37. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat. An die Entscheidung, in welchem Verhältnis er Geld- und Sachleistung in Anspruch nehmen will, ist der Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden.

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 4. 1995.

²⁾ In Satz 1 wurde die Angabe „§ 36 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 36 Abs. 3 und 4“ ersetzt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996.

§ 39¹⁾

Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege²⁾ für längstens vier Wochen je Kalenderjahr; § 34 Abs. 2 Satz 1 gilt nicht²⁾. Voraussetzung ist, daß die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall 1 432 Euro⁴⁾ im Kalenderjahr nicht überschreiten. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, wird vermutet, daß die Ersatzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird; in diesen Fällen dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nach § 37 Abs. 1 nicht überschreiten²³⁾. Zusätzlich können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der

Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden²⁾. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 4 und 5 dürfen zusammen den in Satz 3 genannten Betrag nicht übersteigen²⁾.

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 4. 1995.

²⁾ In Satz 1 wurden die Worte „für eine Ersatzpflegekraft“ durch die Worte „einer notwendigen Ersatzpflege“ und der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und der letzte Halbsatz und die Sätze 4 bis 6 wurden angefügt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996.

³⁾ Satz 4 wurde neu gefaßt durch Art. 1 des 4. SGB XI-Änderungsgesetzes vom 21. Juli 1999 (BGBl. I S. 1656); Inkrafttreten: 1. 8. 1999. Bisherige Fassung:

Wird die Ersatzpflege durch eine Pflegeperson sichergestellt, die nicht erwerbsmäßig pflegt, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe nach § 37 Abs. 1 nicht überschreiten.

⁴⁾ In Satz 3 wurde die Angabe „2 800 Deutsche Mark“ durch die Angabe „1 432 Euro“ ersetzt durch Art. 2 des Achten Euro-Einführungsgesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702); Inkrafttreten: 1. 1. 2002.

§ 40¹⁾

Pflegehilfsmittel und technische Hilfen

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

(2) Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 31 Euro³⁾ nicht übersteigen.

(3) Die Pflegekassen sollen technische Hilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, daß die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Hilfsmittel mit Ausnahme der Hilfsmittel nach Absatz 2 eine Zuzahlung von zehn vom Hundert, höchstens jedoch 25 Euro³⁾ je Hilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten. Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung der §§ 61, 62 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien. Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Hilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Hilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen.

(4) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Höhe der Zuschüsse ist unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit von dem Einkommen des Pflegebedürftigen zu bemessen. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 2 557 Euro³⁾ je Maßnahme nicht übersteigen.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit⁴⁾ und Soziale Sicherung⁵⁾ wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend²⁾⁴⁾⁵⁾ und mit Zustimmung des Bundesrates die im Rahmen der Pflegeversicherung zu gewährenden Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen zu bestimmen.

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 4. 1995.

²⁾ In Abs. 5 wurden die Worte „Familie und Senioren“ durch die Worte „Familie, Senioren, Frauen und Jugend“ ersetzt durch Art. 41 der Sechsten Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390); Inkrafttreten: 14. 10. 1997.

³⁾ § 40 wurde ab 1. 1. 2002 durch Art. 2 des Achten Euro-Einführungsgesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) wie folgt geändert:

- In Abs. 2 wurde die Angabe „60 Deutsche Mark“ durch die Angabe „31 Euro“ ersetzt.
- In Abs. 3 Satz 4 wurde die Angabe „50 Deutsche Mark“ durch die Angabe „25 Euro“ ersetzt.
- In Abs. 4 Satz 3 wurde die Angabe „5 000 Deutsche Mark“ durch die Angabe „2 557 Euro“ ersetzt.

⁴⁾ In Abs. 5 wurden die Worte „Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ durch die Worte „Das Bundesministerium für Gesundheit“ und die Worte „dem Bundesministerium für Gesundheit“ durch die Worte „dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ ersetzt durch Art. 219 der Siebenten Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785); Inkraft-Treten: 7. 11. 2001.

⁵⁾ In Abs. 5 wurden nach den Worten „für Gesundheit“ die Worte „und Soziale Sicherung“ eingefügt und nach den Worten „und Jugend“ die Worte „und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ gestrichen durch Art. 212 der Achten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304); In-Kraft-Treten: 28. 11. 2003.

ZWEITER TITEL

Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

§ 41¹⁾

Tagespflege und Nachtpflege

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist⁶⁾. Die teilstationäre Pflege umfaßt auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.

(2) Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten²⁾ Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 2004⁴⁾⁶⁾ die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege³⁾:

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I im Wert bis zu 384 Euro⁵⁾,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II im Wert bis zu 921 Euro³⁾⁵⁾,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III im Wert bis zu 1 432 Euro³⁾⁵⁾

je Kalendermonat.

(3) Wird die Leistung nach Absatz 2 neben der Sachleistung nach § 36 in Anspruch genommen, dürfen die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat den in § 36 Abs. 3 und 4 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrag nicht übersteigen. Wird die Leistung nach Absatz 2 neben dem Pflegegeld nach § 37 in Anspruch genommen, gilt § 38 Satz 2 entsprechend.⁶⁾

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 4. 1995.

²⁾ In Abs. 2 wurden nach den Worten „übernimmt die“ das Wort „pflegebedingten“ und nach dem Wort „Pflege“ die Worte „, die Aufwendungen ... medizinischen Behandlungspflege“ eingefügt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996.

³⁾ In Abs. 2 wurden in Nr. 2 die Angabe „1 500“ durch die Angabe „1 800“ und in Nr. 3 die Angabe „2 100“ durch die Angabe „2 800“ ersetzt durch Art. 1 des 4. SGB XI-Änderungsgesetzes vom 21. Juli 1999 (BGBl. I S. 1656); Inkrafttreten: 1. 8. 1999.

⁴⁾ In Abs. 2 wurde die Angabe „31. Dezember 1999“ durch die Angabe „31. Dezember 2001“ ersetzt (vgl. hierzu Fußn. 6) durch Art. 3 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626); Inkrafttreten: 1. 1. 2000.

⁵⁾ In Abs. 2 wurden in Nr. 1 die Angabe „750 Deutsche Mark“ durch die Angabe „384 Euro“, in Nr. 2 die Angabe „1 800 Deutsche Mark“ durch die Angabe „921 Euro“ und in Nr. 3 die Angabe „2 800 Deutsche Mark“ durch die Angabe „1 432 Euro“ ersetzt durch Art. 2 des Achten Euro-Einführungsgesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

⁶⁾ § 41 wurde ab 1. 1. 2002 durch Art. 1 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728) wie folgt geändert:

- In Abs. 1 Satz 1 wurden nach dem Wort „kann“ die Worte „oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist“ eingefügt.
- In Abs. 2 wurde die Angabe „31. Dezember 2001“ durch die Angabe „31. Dezember 2004“ ersetzt.
- Abs. 3 wurde neu gefasst. Bisherige Fassung:

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

§ 42¹⁾

Kurzzeitpflege

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

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

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.³⁾ Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 2004⁴⁾⁶⁾ die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 432 Euro⁵⁾ im Kalenderjahr²⁾.

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 4. 1995.

²⁾ Abs. 2 Satz 3 wurde neu gefaßt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996. Bisherige Fassung:

Die Aufwendungen der Pflegekasse für die Kurzzeitpflege dürfen 2 800 Deutsche Mark im Kalenderjahr nicht übersteigen.

³⁾ Der bisherige Abs. 2 Satz 2 wurde gestrichen durch Art. 1 des 4. SGB XI-Änderungsgesetzes vom 21. Juli 1999 (BGBl. I S. 1656); Inkrafttreten der Streichung: 1. 8. 1999. Bisherige Fassung:

Voraussetzung ist in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 2, daß die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vorher mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.

⁴⁾ In Abs. 2 wurde die Angabe „31. Dezember 1999“ durch die Angabe „31. Dezember 2001“ ersetzt (vgl. hierzu Fußn. 6) durch Art. 3 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626); Inkrafttreten: 1. 1. 2000.

⁵⁾ In Abs. 2 wurde die Angabe „2 800 Deutsche Mark“ durch die Angabe „1 432 Euro“ ersetzt durch Art. 2 des Achten Euro-Einführungsgesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

⁶⁾ In Abs. 2 wurde die Angabe „31. Dezember 2001“ durch die Angabe „31. Dezember 2004“ ersetzt durch Art. 1 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

DRITTER TITEL
Vollstationäre Pflege

§ 43¹⁾

Inhalt der Leistung

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

(2) Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 2004⁴⁾⁶⁾ die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 432 Euro⁵⁾ monatlich; dabei dürfen die jährlichen Ausgaben der einzelnen Pflegekasse für die bei ihr versicherten stationär Pflegebedürftigen im Durchschnitt 15 339 Euro⁵⁾ je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Die Pflegekasse hat jeweils zum 1. Januar und 1. Juli zu überprüfen, ob dieser Durchschnittsbetrag eingehalten ist²⁾.

(3) Die Pflegekassen können bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III über die Beträge nach Absatz 2 Satz 1 hinaus in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie in der Zeit vom 1. Juli 1996 bis zum 31. Dezember 2004⁴⁾⁶⁾ die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 688 Euro⁵⁾ monatlich übernehmen, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise bei Apallikern, schwerer Demenz oder im Endstadium von Krebskrankungen. Die Ausnahmeregelung des Satzes 1 darf bei der einzelnen Pflegekasse für nicht mehr als fünf vom Hundert der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die stationäre Pflegeleistungen erhalten, Anwendung finden²⁾.

(4) Wählen Pflegebedürftige vollstationäre Pflege, obwohl diese nach Feststellung der Pflegekasse nicht erforderlich ist, erhalten sie zu den pflegebedingten Aufwendungen einen Zuschuß in Höhe des in § 36 Abs. 3 für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Gesamtwertes²⁾.

(5) In der Zeit vom 1. Januar 1998 bis 31. Dezember 2004⁴⁾⁶⁾ übernimmt die Pflegekasse abweichend von Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung pauschal

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1 023 Euro⁵⁾ monatlich,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1 279 Euro⁵⁾ monatlich,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1 432 Euro⁵⁾ monatlich,
4. für Pflegebedürftige, die nach Absatz 3 als Härtefall anerkannt sind, in Höhe von 1 688 Euro⁵⁾ monatlich;

insgesamt darf der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag 75 vom Hundert des Gesamtbetrages aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 nicht übersteigen. Die jährlichen Ausgaben der einzelnen Pflegekasse für die bei ihr versicherten Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege dürfen ohne Berücksichtigung der Härtefälle im Durchschnitt 15 339 Euro⁵⁾ je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Höhere Aufwendungen einer einzelnen Pflegekasse sind nur zulässig, wenn innerhalb der Kassenart, der die Pflegekasse angehört, ein Verfahren festgelegt ist, das die Einhaltung der Durchschnittsvorgabe von 15 339 Euro⁵⁾ je Pflegebedürftigen innerhalb der Kassenart auf Bundesebene sicherstellt.³⁾

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 7. 1996.

²⁾ Abs. 2 wurde bereits vor dem Inkrafttreten (vgl. 1) neu gefaßt, ein neuer Abs. 3 eingefügt und der bisherige Abs. 3 wurde Abs. 4 durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996. Der Abs. 2 sollte ursprünglich folgenden Wortlaut erhalten:

(2) Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen bis zu 2 800 Deutsche Mark monatlich; dabei dürfen die jährlichen Ausgaben der Pflegekassen im Durchschnitt 30 000 Deutsche Mark je Pflegebedürftigen nicht übersteigen. Pflegebedingt sind die Aufwendungen für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung (allgemeine Pflegeleistungen). Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung und für Zusatzleistungen nach § 88 haben die Pflegebedürftigen zu tragen. Die Pflegekassen können bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III über die Beträge nach Satz 1 hinaus in besonderen Ausnahmefällen zur Vermeidung von Härten die pflegebedingten Aufwendungen bis zu 3 300 Deutsche Mark monatlich übernehmen, wenn ein außergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt, beispielsweise bei Apallikern oder im Endstadium von Krebserkrankungen. Die Pflegekassen haben sicherzustellen, daß die Ausnahmeregelung des Satzes 4 insgesamt für nicht mehr als fünf vom Hundert der Pflegebedürftigen der Pflegestufe III Anwendung findet.

³⁾ Abs. 5 wurde angefügt durch Art. 1 des 3. SGB XI-Änderungsgesetzes vom 5. Juni 1998 (BGBl. I S. 1229); Inkrafttreten: 1. 1. 1998.

⁴⁾ In den Abs. 2, 3 und 5 wurde jeweils die Angabe „31. Dezember 1999“ durch die Angabe „31. Dezember 2001“ ersetzt (vgl. hierzu Fußn. 6) durch Art. 3 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626); Inkrafttreten: 1. 1. 2000.

⁵⁾ § 43 wurde ab 1. 1. 2002 durch Art. 2 des Achten Euro-Einführungsgesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702) wie folgt geändert:

- In Abs. 2 wurden die Angabe „2 800 Deutsche Mark“ durch die Angabe „1 432 Euro“ und die Angabe „30 000 Deutsche Mark“ durch die Angabe „15 339 Euro“ ersetzt.
- In Abs. 3 wurde die Angabe „3 300 Deutsche Mark“ durch die Angabe „1 688 Euro“ ersetzt.
- In Abs. 5 Satz 1 wurden in Nr. 1 die Angabe „2 000 Deutsche Mark“ durch die Angabe „1 023 Euro“, in Nr. 2 die Angabe „2 500 Deutsche Mark“ durch die Angabe „1 279 Euro“, in Nr. 3 die Angabe „2 800 Deutsche Mark“ durch die Angabe „1 432 Euro“, in Nr. 4 die Angabe „3 300 Deutsche Mark“ durch die Angabe „1 688 Euro“ sowie in Satz 2 und 3 jeweils die Angabe „30 000 Deutsche Mark“ durch die Angabe „15 339 Euro“ ersetzt.
- ⁶⁾ In den Abs. 2, 3 und 5 wurde jeweils die Angabe „31. Dezember 2001“ durch die Angabe „31. Dezember 2004“ ersetzt durch Art. 1 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

VIERTER TITEL^{*)}

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen^{**)}

^{*)} Der VIERTER TITEL wurde eingefügt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996.

^{**)} In der Überschrift des Vierten Titels des dritten Abschnitts des Vierten Kapitels wurde das Wort „Behindertenhilfe“ durch die Worte „Hilfe für behinderte Menschen“ ersetzt durch Art. 10 des SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046); In-Kraft-Treten: 1. 7. 2001.

§ 43a¹⁾

Inhalt der Leistung

Für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen²⁾, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft²⁾, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen²⁾ im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen zehn vom Hundert des nach § 93 Abs. 2 des Bundessozialhilfegesetzes⁵⁾ vereinbarten Heimeingeltes. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 256 Euro³⁾ nicht überschreiten. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt

und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege¹⁾.

¹⁾ Inkrafttreten: 25. 6. 1996 (vgl. hierzu Fußn. *) zum Vierten Titel).

²⁾ In Satz 1 wurden das Wort „Behindertenhilfe“ durch die Worte „Hilfe für behinderte Menschen“, die Worte „berufliche und soziale Eingliederung“ durch die Worte „Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft“ und das Wort „Behinderte“ durch die Worte „behinderte Menschen“ ersetzt durch Art. 10 des SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046); In-Kraft-Treten: 1. 7. 2001.

³⁾ In Satz 2 wurde die Angabe „500 Deutsche Mark“ durch die Angabe „256 Euro“ ersetzt durch Art. 2 des Achten Euro-Einführungsgesetzes vom 23. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2702); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

⁴⁾ Satz 3 wurde angefügt durch Art. 1 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

⁵⁾ In Satz 1 werden die Worte „§ 93 Abs. 2 des Bundessozialhilfegesetzes“ durch die Worte „§ 75 Abs. 3 des Zwölften Buches“ ersetzt durch Art. 10 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilfe-rechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022). In-Kraft-Treten: **1. 1. 2005**.

FÜNFTER TITEL^{*)}

Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege

^{*)} Der Fünfte Titel wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

§ 43b¹⁾

Finanzierungszuständigkeit

Vom 1. Januar 2005 an übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die in § 41 Abs. 2, § 42 Abs. 2 sowie § 43 Abs. 2, 3 und 5 genannten Aufwendungen für die in den Einrichtungen notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Das Nähere wird in einem besonderen Gesetz geregelt.

¹⁾ § 43b wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

VIERTER ABSCHNITT

Leistungen für Pflegepersonen

§ 44¹⁾

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(1) Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Sinne des § 19 entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 170 Abs. 1 Nr. 6 des Sechsten Buches genannten Stellen²⁾ Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als dreißig Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Näheres regeln die §§ 3, 141, 166 und 170 des Sechsten Buches. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung stellt im Einzelfall fest, ob und in welchem zeitlichen Umfang häusliche Pflege durch eine Pflegeperson erforderlich ist²⁾. Der Pflegebedürftige oder die Pflegeperson haben darzulegen und auf Verlangen glaubhaft zu machen, daß Pflegeleistungen in diesem zeitlichen Umfang auch tatsächlich erbracht werden²⁾. Dies gilt insbesondere, wenn Pflegesachleistungen (§ 36) in An-

spruch genommen werden²⁾. Während der pflegerischen Tätigkeit sind die Pflegepersonen nach Maßgabe der §§ 2, 4, 105, 106, 129, 185 des Siebten Buches³⁾ in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen. Pflegepersonen, die nach der Pflegetätigkeit ins Erwerbsleben zurückkehren wollen, können bei Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung Unterhaltsgeld nach Maßgabe der §§ 22, 78 und 153 des Dritten Buches erhalten⁴⁾⁵⁾.

(2) Für Pflegepersonen, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung auch in ihrer Pflegetätigkeit von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind oder befreit wären, wenn sie in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig wären und einen Befreiungsantrag gestellt hätten, werden die nach Absatz 1 Satz 1 und 2 zu entrichtenden Beiträge auf Antrag an die berufsständische Versorgungseinrichtung gezahlt²⁾.

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

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

Die Spitzenverbände der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. können mit dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und mit den Trägern der Unfallversicherung Näheres über das Meldeverfahren vereinbaren²⁾.

(4) Der Inhalt der Meldung nach Absatz 2^{*)} Satz 2 Nr. 1 bis 6 und 8 ist der Pflegeperson, der Inhalt der Meldung nach Absatz 2^{*)} Satz 2 Nr. 7 dem Pflegebedürftigen schriftlich mitzuteilen²⁾.

*) Anmerkung der Redaktion:

Im neuen Abs. 4 müssen die Hinweise jeweils auf den Abs. 3 gerichtet werden. Eine Berichtigung wurde vom Gesetzgeber bisher nicht vorgenommen.

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 4. 1995.

²⁾ § 44 wurde durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830) wie folgt geändert:

1. Abs. 1 wurde wie folgt geändert:

1.1 In Satz 1 wurden die Worte „entrichtet die soziale Pflegeversicherung oder das private Versicherungsunternehmen, bei dem eine private Pflege-Pflichtversicherung abgeschlossen worden ist,“ durch die Worte „entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 170 Abs. 1 Nr. 6 des Sechsten Buches genannten Stellen“ ersetzt.

1.2 Die Sätze 3 bis 5 wurden eingefügt.

2. Abs. 2 wurde eingefügt.

3. Die bisherigen Abs. 2 und 3 wurden die Abs. 3 und 4.

Inkrafttreten: 1. 4. 1995 (Nr. 1.1, 2, 3) bzw. 25. 6. 1996 (Nr. 1.2).

³⁾ In Abs. 1 Satz 6 wurden die Worte „§§ 539, 541, 637, 657 und 770 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Worte „§§ 2, 4, 105, 106, 129, 185 des Siebten Buches“ ersetzt durch Art. 7 des Unfallversicherungs-Einordnungsgesetzes vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1254); Inkrafttreten: 1. 1. 1997.

⁴⁾ In Abs. 1 Satz 7 wurden die Worte „haben einen Anspruch auf Unterhaltsgeld nach Maßgabe des § 46 des Arbeitsförderungsgesetzes“ durch die Worte „können bei ... des Dritten Buches erhalten“ ersetzt durch Art. 10 des Gesetzes zur Reform der Arbeitsförderung vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594); Inkrafttreten: 1. 1. 1998.

⁵⁾ Abs. 1 Satz 7 wird ab **1. 1. 2005** durch Art. 10 des Dritten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 23. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2848) wie folgt gefasst:

„Pflegepersonen, die nach der Pfl egetätigkeit in das Erwerbsleben zurückkehren wollen, können bei beruflicher Weiterbildung nach Maßgabe des Dritten Buches bei Vorliegen der dort genannten Voraussetzungen gefördert werden.“

§ 45¹⁾

Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

(1) Die Pflegekassen sollen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pfl egetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll²⁾ auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden.

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

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

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 4. 1995.

²⁾ In Abs. 1 Satz 3 wurde das Wort „kann“ durch das Wort „soll“ ersetzt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

FÜNFTER ABSCHNITT^{*)}

Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

^{*)} Der Fünfte Abschnitt wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

§ 45a¹⁾

Berechtigter Personenkreis

(1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

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

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);

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

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt. Die Spitzenverbände der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich beschließen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

¹⁾ § 45a wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

§ 45b¹⁾

Zusätzliche Betreuungsleistungen

(1) Pflegebedürftige, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können neben den in diesem Kapitel vorgesehenen Leistungen der ambulanten und teilstationären Pflege zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen und erhalten zu deren Finanzierung einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Pflegebedürftigen entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

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

(2) Die Pflegebedürftigen erhalten die zusätzlichen finanziellen Mittel auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 genannten Betreuungsleistungen. Wird der Betrag von 460 Euro in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das Folgejahr übertragen werden. Pflegebedürftige, die erst im Laufe eines Kalenderjahres die Leistungsvoraussetzungen nach § 45a erfüllen, erhalten den Betrag von 460 Euro anteilig.

(3) Die zuständige Pflegekasse oder das zuständige private Versicherungsunternehmen stellt den Pflegebedürftigen auf Verlangen eine Liste der in ihrem Einzugsbereich vorhandenen qualitätsgesicherten Betreuungsangebote zur Verfügung, deren Leistungen mit dem Betreuungsbetrag nach Absatz 1 finanziert werden können. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrigschwiligen Betreuungsangebote zu bestimmen.

¹⁾ § 45b wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

§ 45c¹⁾

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

(1) Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige fördern die Spitzenverbände der Pflegekassen im Wege der Anteilsfinanzierung aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 10 Millionen Euro je Kalenderjahr den Auf- und Ausbau von niedrigschwiligen Betreuungsangeboten sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 vom Hundert des in Satz 1 genannten Fördervolumens.

(2) Der Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt eine Förderung der niedrigschwiligen Betreuungsangebote und der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf durch das jeweilige Land oder die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft. Der Zuschuss wird jeweils in gleicher Höhe gewährt wie der Zuschuss, der vom Land oder von der kommunalen Gebietskörperschaft für die einzelne Fördermaßnahme geleistet wird, so dass insgesamt ein Fördervolumen von 20 Millionen Euro im Kalenderjahr erreicht wird. Soweit Mittel der Arbeitsförderung bei einem Projekt eingesetzt werden, sind diese einem vom Land oder von der Kommune geleisteten Zuschuss gleichgestellt.

(3) Niedrigschwellige Betreuungsangebote im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen. Die Förderung dieser niedrigschwiligen Betreuungsangebote erfolgt als Projektförderung und dient insbesondere dazu, Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Betreuungspersonen zu finanzieren, sowie notwendige Personal- und Sachkosten, die mit der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung und Schulung der Betreuenden durch Fachkräfte verbunden sind. Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Betreuungsangebotes beizufügen. Aus dem Konzept muss sich ergeben, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist. Als grundsätzlich förderungsfähige niedrigschwellige Betreuungsangebote kommen in Betracht Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich,

die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige im Sinne des § 45a sowie Familienentlastende Dienste.

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

(5) Um eine gerechte Verteilung der Fördermittel der Pflegeversicherung auf die Länder zu gewährleisten, werden die Fördermittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung nach dem Königsteiner Schlüssel aufgeteilt.

(6) Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene Empfehlungen über die Voraussetzungen, Ziele, Dauer, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die niedrigschwelligen Betreuungsangebote und die Modellprojekte. In den Empfehlungen ist unter anderem auch festzulegen, dass jeweils im Einzelfall zu prüfen ist, ob im Rahmen der neuen Betreuungsangebote und Versorgungskonzepte Mittel und Möglichkeiten der Arbeitsförderung genutzt werden können. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung²⁾ und der Länder. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Umsetzung der Empfehlungen zu bestimmen.

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

¹⁾ § 45c wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

²⁾ In Abs. 6 Satz 3 wurden nach den Worten „für Gesundheit“ die Worte „und Soziale Sicherung“ eingefügt durch Art. 212 der Achten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304); In-Kraft-Treten: 28. 11. 2003.

FÜNFTES KAPITEL

Organisation

ERSTER ABSCHNITT

Träger der Pflegeversicherung

§ 46

Pflegekassen

(1) Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. Bei jeder Krankenkasse (§ 4 Abs. 2 des Fünften Buches) wird eine Pflegekasse errichtet. Bei der Seekasse wird die Pflegeversicherung in

einer besonderen Abteilung unter dem Namen See-Pflegekasse durchgeführt. Über die Einnahmen und Ausgaben der See-Pflegekasse ist eine gesonderte Rechnung zu führen. Ihre Mittel sind getrennt zu verwalten. Die Bundesknappschaft führt die Pflegeversicherung für die knappschaftlich Versicherten durch¹⁾.

(2) Die Pflegekassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Organe der Pflegekassen sind die Organe der Krankenkassen, bei denen sie errichtet sind. Arbeitgeber (Dienstherr) der für die Pflegekasse tätigen Beschäftigten ist die Krankenkasse, bei der die Pflegekasse errichtet ist. Bei der Ausführung dieses Buches ist das Erste Kapitel des Zehnten Buches anzuwenden¹⁾.

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

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit²⁾ und Soziale Sicherung³⁾ wird ermächtigt,²⁾ durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Näheres über die Erstattung der Verwaltungskosten zu regeln sowie die Höhe der Verwaltungskostenerstattung neu festzusetzen, wenn die Überprüfung des Verwaltungsaufwandes nach Absatz 3 Satz 6 dies rechtfertigt.

(5) Bei Vereinigung, Auflösung und Schließung einer Krankenkasse gelten die §§ 143 bis 172 des Fünften Buches für die bei ihr errichtete Pflegekasse entsprechend¹⁾.

(6) Die Aufsicht über die Pflegekassen führen die für die Aufsicht über die Krankenkassen zuständigen Stellen. Das Bundesversicherungsamt und die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder haben mindestens alle fünf Jahre die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der ihrer Aufsicht unterstehenden Pflegekassen zu prüfen. Das Bundesministerium für Gesundheit²⁾ und Soziale Sicherung³⁾ kann²⁾ die Prüfung der bundesunmittelbaren Pflegekassen, die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder können die Prüfung der landesunmittelbaren Pflegekassen auf eine öffentlich-rechtliche Prüfungseinrichtung übertragen, die bei der Durchführung der Prüfung unabhängig ist. Die Prüfung hat sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb zu erstrecken; sie umfaßt die Prüfung seiner Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Pflegekassen haben auf Verlangen alle Unterlagen vorzulegen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur Durchführung der Prüfung erforderlich sind. § 274 Abs. 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend¹⁾.

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 6. 1994.

²⁾ In Abs. 4 und 6 Satz 3 wurden jeweils die Worte „Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ durch die Worte „Das Bundesministerium für Gesundheit“ ersetzt und nach dem Komma (in Abs. 4) bzw. dem Wort „kann“ die Worte „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Gesundheit“ gestrichen durch Art. 219 der Siebenten Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785); In-Kraft-Treten: 7. 11. 2001.

³⁾ In Abs. 4 und 6 Satz 3 wurden jeweils nach den Worten „für Gesundheit“ die Worte „und Soziale Sicherung“ eingefügt durch Art. 212 der Achten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304); In-Kraft-Treten: 28. 11. 2003.

§ 47¹⁾**Satzung**

(1) Die Satzung muß Bestimmungen enthalten über:

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

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

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 6. 1994.

§ 47a¹⁾**Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen**

§ 197a des Fünften Buches gilt entsprechend. Die organisatorischen Einheiten nach § 197a Abs. 1 des Fünften Buches sind die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei den Pflegekassen, den Landesverbänden der Pflegekassen und den Spitzenverbänden der Pflegekassen.

¹⁾ § 47a wurde eingefügt durch Art. 7 des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2004.

ZWEITER ABSCHNITT
Zuständigkeit, Mitgliedschaft

§ 48**Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse und sonstige Versicherte**

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

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

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

1. der Krankenkasse errichtet ist, der sie angehören würden, wenn sie in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wären,

2. der Allgemeinen Ortskrankenkasse ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes errichtet ist,
3. einer Ersatzkasse errichtet ist, wenn sie zu dem Mitgliederkreis gehören, den die gewählte Ersatzkasse aufnehmen darf.

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

§ 49

Mitgliedschaft

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

(2) Für das Fortbestehen der Mitgliedschaft gelten die §§ 189, 192 des Fünften Buches sowie § 25 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend¹⁾.

(3) Die Mitgliedschaft freiwillig Versicherter nach den §§ 26 und 26a²⁾ endet:

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

Die Mitgliedschaft der freiwillig Versicherten²⁾ endet darüber hinaus mit Ablauf des nächsten Zahltages, wenn für zwei Monate die fälligen Beiträge trotz Hinweises auf die Folgen nicht entrichtet wurden.

¹⁾ Abs. 2 Satz 2 wurde aufgehoben durch Art. 10 des Gesetzes zur Reform der Arbeitsförderung vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594); Inkrafttreten der Aufhebung: 1. 1. 1998. Bisherige Fassung: Für Leistungsempfänger nach dem Arbeitsförderungsgesetz gilt § 155 Abs. 2 des Arbeitsförderungsgesetzes entsprechend.

²⁾ In Abs. 3 wurden in Satz 1 das Wort „Weiterversicherter“ durch die Worte „freiwillig Versicherter nach den §§ 26 und 26a“ und in Satz 2 die Worte „nach § 26 Abs. 2 Weiterversicherten“ durch die Worte „freiwillig Versicherten“ ersetzt durch Art. 1 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

DRITTER ABSCHNITT

Meldungen

§ 50

Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung

(1) Alle nach § 20 versicherungspflichtigen Mitglieder haben sich selbst unverzüglich bei der für sie zuständigen Pflegekasse anzumelden. Dies gilt nicht, wenn ein Dritter bereits eine Meldung nach den §§ 28a bis 28c des Vierten Buches, §§ 199 bis 205 des Fünften Buches¹⁾ oder §§ 27 bis 29 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zur gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben hat; die Meldung zur gesetzlichen Krankenversicherung schließt die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung ein. Bei freiwillig versicherten Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung gilt die Beitrittserklärung zur gesetzlichen Krankenversicherung als Meldung zur sozialen Pflegeversicherung.

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁾ In Abs. 1 Satz 2 wurden nach den Worten „Fünften Buches“ die Worte „ , § 161 des Arbeitsförderungsgesetzes“ gestrichen durch Art. 10 des Gesetzes zur Reform der Arbeitsförderung vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594); Inkrafttreten der Streichung: 1. 1. 1998.

§ 51

Meldungen bei Mitgliedern der privaten Pflegeversicherung

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

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

melden die im Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bei diesen Einrichtungen versicherten Mitglieder und mitversicherten Familienangehörigen an das Bundesversicherungsamt.

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

Vierter Abschnitt

Wahrnehmung der Verbandsaufgaben

§ 52¹⁾

Aufgaben auf Landesebene

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

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

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

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 6. 1994.

§ 53¹⁾

Aufgaben auf Bundesebene

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

(2) Für die Aufsicht gilt § 214 des Fünften Buches entsprechend²⁾.

(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen nehmen die Aufgaben der Spitzenverbände der Pflegekassen wahr. Für die Wahrnehmung der Aufgaben der Spitzenverbände gilt § 213 des Fünften Buches entsprechend; kommen die erforderlichen Beschlüsse nicht oder nicht innerhalb einer²⁾ vom Bundesministerium für Gesundheit²⁾ und Soziale Sicherung³⁾ gesetzten Frist zustande, entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit²⁾ und Soziale Sicherung³⁾.

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 6. 1994.

²⁾ § 53 wurde ab 7. 11. 2001 durch Art. 219 der Siebenten Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785) wie folgt geändert:

- In Abs. 2 wurden nach dem Wort „entsprechend“ die Worte „mit der Maßgabe, dass die Aufsicht vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam ausgeübt wird, soweit es sich um Aufgaben der Pflegeversicherung handelt“ gestrichen.
- In Abs. 3 Satz 2 wurden nach den Worten „nicht innerhalb einer“ die Worte „vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und“ und nach den Worten „Bundesministerium für Gesundheit“ das Wort „gemeinsam“ gestrichen, die Worte „das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ durch die Worte „das Bundesministerium für Gesundheit“ ersetzt und nach den Worten „Bundesministerium für Gesundheit“ die Worte „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit“ gestrichen.

³⁾ In Abs. 3 Satz 2 zweiter Halbsatz wurden jeweils nach den Worten „für Gesundheit“ die Worte „und Soziale Sicherung“ eingefügt durch Art. 212 der Achten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304); In-Kraft-Treten: 28. 11. 2003.

§ 53a¹⁾

Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste

Die Spitzenverbände der Pflegekassen beschließen für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung gemeinsam und einheitlich Richtlinien

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

Die Richtlinien bedürfen der Zustimmung²⁾ des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung³⁾. Sie sind für die Medizinischen Dienste verbindlich.

¹⁾ § 53a wurde eingefügt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996.

²⁾ In Satz 2 wurden nach dem Wort „Zustimmung“ die Worte „des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung und“ gestrichen durch Art. 219 der Siebenten Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. S. 2785); In-Kraft-Treten: 7. 11. 2001.

³⁾ In Satz 2 wurden nach den Worten „für Gesundheit“ die Worte „und Soziale Sicherung“ eingefügt durch Art. 212 der Achten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304); In-Kraft-Treten: 28. 11. 2003.

SECHSTES KAPITEL

Finanzierung

ERSTER ABSCHNITT

Beiträge

§ 54¹⁾

Grundsatz

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

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

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

¹⁾ Vgl. hierzu die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 3. April 2001 (BGBl. I S. 774):

Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts

Aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 3. April 2001 – 1 BvR 1629/94 – wird folgende Entscheidungsformel veröffentlicht:

1. § 54 Absatz 1 und 2, § 55 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 sowie § 57 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vom 26. Mai 1994 (Bundesgesetzblatt I Seite 1014) sind mit Artikel 3 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 6 Absatz 1 des Grundgesetzes nicht vereinbar, soweit Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die Kinder betreuen und erziehen, mit einem gleich hohen Pflegeversicherungsbeitrag wie Mitglieder ohne Kinder belastet werden.
2. Die unter 1 genannten Vorschriften des Elften Buches Sozialgesetzbuch können bis zu einer Neuregelung, längstens bis zum 31. Dezember 2004, weiter angewendet werden.

Die vorstehende Entscheidungsformel hat gemäß § 31 Abs. 2 des Bundesverfassungsgerichtsgesetzes Gesetzeskraft.

§ 55¹⁾

Beitragsatz, Beitragsbemessungsgrenze

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

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

¹⁾ Vgl. hierzu die Fußn. 1 zu § 54 (Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts).

²⁾ Abs. 2 wurde neu gefasst durch Art. 3 des Beitragssatzsicherungsgesetzes vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4637); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2003. Bisherige Fassung:

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

§ 56

Beitragsfreiheit

(1) Familienangehörige und Lebenspartner³⁾ sind für die Dauer der Familienversicherung nach § 25 beitragsfrei.

(2) Beitragsfreiheit besteht vom Zeitpunkt der Rentenantragstellung bis zum Beginn der Rente einschließlich einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte¹⁾ für:

1. den hinterbliebenen Ehegatten eines Rentners, der bereits Rente bezogen hat, wenn Hinterbliebenenrente beantragt wird,
2. die Waise eines Rentners, der bereits Rente bezogen hat, vor Vollendung des 18. Lebensjahres; dies gilt auch für Waisen, deren verstorbener Elternteil eine Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte¹⁾ bezogen hat,
3. den hinterbliebenen Ehegatten eines Beziehers einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte¹⁾, wenn die Ehe vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Verstorbenen geschlossen wurde,
4. den hinterbliebenen Ehegatten eines Beziehers von Landabgaberente.

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

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

(4) Beitragsfrei sind auf Antrag Mitglieder, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und bereits Leistungen nach § 35 Abs. 6 des Bundesversorgungsgesetzes, nach § 44 des Siebten Buches²⁾, nach § 34 des Beamtenversorgungsgesetzes oder nach den Gesetzen er-

halten, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen, wenn sie keine Familienangehörigen haben, für die eine Versicherung nach § 25 besteht.

¹⁾ Abs. 2 Satz 1 wurde durch Art. 6 des Agrarsozialreformgesetzes 1995 vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890) ab 1. 1. 1995 wie folgt geändert:

- Vor Nr. 1 wurden die Worte „oder einer Geldleistung aus der Altershilfe für Landwirte“ durch die Worte „einschließlich einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte“ ersetzt.
- In Nr. 2 wurden die Worte „Altersgeld, vorzeitiges Altersgeld oder Hinterbliebenengeld“ durch die Worte „eine Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte“ ersetzt.
- In Nr. 3 wurden die Worte „von Altersgeld oder vorzeitigem Altersgeld“ durch die Worte „einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte“ ersetzt.

²⁾ In Abs. 4 wurden die Worte „§ 558 Abs. 2 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung“ durch die Worte „§ 44 des Siebten Buches“ ersetzt durch Art. 7 des Unfallversicherungs-Einordnungsgesetzes vom 7. August 1996 (BGBl. I S. 1254); Inkrafttreten: 1. 1. 1997.

³⁾ In Abs. 1 wurden nach dem Wort „Familienangehörige“ die Worte „und Lebenspartner“ eingefügt durch Art. 3 § 56 des Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266); Inkrafttreten: 1. 8. 2001.

§ 57⁷⁾

Beitragspflichtige Einnahmen

(1) Bei Mitgliedern der Pflegekasse, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Beitragsbemessung die §§ 226 und 228 bis 238 und § 244 des Fünften Buches sowie §§ 23a und 23b Abs. 2 bis 4⁵⁾ des Vierten Buches³⁾⁴⁾⁶⁾⁹⁾.

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

(3) Bei landwirtschaftlichen Unternehmern sowie bei mitarbeitenden Familienangehörigen wird auf den Krankenversicherungsbeitrag, der nach den Vorschriften des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte aus dem Arbeitseinkommen aus Land- und Forstwirtschaft zu zahlen ist, ein Zuschlag erhoben. Die Höhe des Zuschlages ergibt sich aus dem Verhältnis des Beitragssatzes nach § 55 Abs. 1 zu dem nach § 245¹⁾ des Fünften Buches festgestellten durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen. Das Bundesministerium für Gesundheit⁸⁾ und Soziale Sicherung¹⁰⁾ stellt die Höhe des Zuschlages zum 1. Januar jeden Jahres fest. Er gilt für das folgende Kalenderjahr²⁾. Für die Beitragsbemessung der Altenteiler gilt § 45 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.

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

für die in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung freiwillig Versicherten gilt § 46 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.

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

¹⁾ Die Angabe „§ 247“ wurde durch die Angabe „§ 245“ ersetzt durch Art. 4 des 3. SGB V-ÄndG vom 10. Mai 1995 (BGBl. I S. 678); Inkrafttreten: 1. 1. 1997.

²⁾ Abs. 3 Satz 4 wurde neu gefaßt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996. Bisherige Fassung:

Er gilt vom 1. Juli des laufenden Jahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres.

³⁾ In Abs. 1 wurde die Angabe „§§ 226 bis 228 und § 244 des Fünften Buches“ durch die Angabe „§§ 226 und ... Vierten Buches“ ersetzt durch Art. 4 des Gesetzes zur sozialrechtlichen Behandlung von einmalig gezahltem Arbeitsentgelt vom 12. Dezember 1996 (BGBl. I S. 1859); Inkrafttreten: 1. 1. 1997.

⁴⁾ In Abs. 1 wurden nach den Worten „Vierten Buches“ die Worte „sowie § 157 Abs. 3 und § 163 Abs. 1 und 3 des Arbeitsförderungsgesetzes“ gestrichen durch Art. 10 des Gesetzes zur Reform der Arbeitsförderung vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594); Inkrafttreten der Streichung: 1. 1. 1998.

⁵⁾ In Abs. 1 wurde die Angabe „§ 23a“ durch die Angabe „die §§ 23a und 23b Abs. 2 bis 4“ ersetzt durch Art. 6 des Gesetzes zur sozialrechtlichen Absicherung flexibler Arbeitszeitregelungen vom 6. April 1998 (BGBl. I S. 688); Inkrafttreten: 1. 1. 1998.

⁶⁾ In Abs. 1 wurden nach den Worten „des Vierten Buches“ die Worte „mit der ... Arbeitslosenhilfe“ angefügt durch Art. 24 des Haushaltssanierungsgesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2534); Inkrafttreten: 1. 1. 2000.

⁷⁾ Vgl. hierzu die Fußn. 1 zu § 54 (Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts).

⁸⁾ In Abs. 3 Satz 3 wurden die Worte „Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ durch die Worte „Bundesministerium für Gesundheit“ ersetzt durch Art. 219 der Siebenten Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785); In-Kraft-Treten: 7. 11. 2001.

⁹⁾ In Abs. 1 wurden nach den Worten „Vierten Buches“ die Worte „mit der Maßgabe, dass bei Personen, die Arbeitslosenhilfe beziehen, als beitragspflichtige Einnahmen die gezahlte Arbeitslosenhilfe gilt“ gestrichen durch Art. 5 des Ersten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4607); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2003.

¹⁰⁾ In Abs. 3 Satz 3 wurden nach den Worten „für Gesundheit“ die Worte „und Soziale Sicherung“ eingefügt durch Art. 212 der Achten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304); In-Kraft-Treten: 28. 11. 2003.

§ 58

Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten

(1) Die nach § 20 Abs. 1 Nr. 1 versicherungspflichtig Beschäftigten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, und ihre Arbeitgeber tragen die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge jeweils zur Hälfte. Soweit für Beschäftigte Beiträge für Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld zu zahlen sind, trägt der Arbeitgeber den Beitrag allein²⁾.

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

(3) Die in Absatz 1 genannten Beschäftigten tragen die Beiträge in Höhe von 1 vom Hundert allein¹⁾, wenn der Beschäftigungsort in einem Land liegt, in dem die am 31. Dezember 1993 bestehende Anzahl der gesetzlichen landesweiten Feiertage nicht um einen Feiertag, der stets auf einen Werktag fiel, vermindert worden ist. In Fällen des § 55 Abs. 1 Satz 2 werden die Beiträge in Höhe von 0,5 vom Hundert allein getragen¹⁾. Im Übrigen findet Absatz 1 Anwendung, soweit es sich nicht um eine versicherungspflichtige Beschäftigung mit einem monatlichen Arbeitsentgelt innerhalb der Gleitzone nach § 20 Abs. 2 des Vierten Buches handelt, für die Absatz 5 Satz 2 Anwendung findet¹⁾³⁾.

(4) Die Aufhebung eines Feiertages wirkt für das gesamte Kalenderjahr. Handelt es sich um einen Feiertag, der im laufenden Kalenderjahr vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung über die Streichung liegt, wirkt die Aufhebung erst im folgenden Kalenderjahr¹⁾.

(5) § 249 Abs. 2⁴⁾ des Fünften Buches gilt entsprechend. § 249 Abs. 4 des Fünften Buches gilt mit der Maßgabe, dass statt des Beitragssatzes der Krankenkasse der Beitragssatz der Pflegeversicherung und bei den in Absatz 3 Satz 1 genannten Beschäftigten für die Berechnung des Beitragsanteils des Arbeitgebers ein Beitragssatz in Höhe von 0,7 vom Hundert Anwendung findet³⁾.¹⁾

¹⁾ In Abs. 3 wurden die Worte „voller Höhe“ durch die Worte „Höhe von 1 vom Hundert allein“ ersetzt und die Sätze 2 und 3 angefügt, Abs. 4 wurde gestrichen und die bisherigen Abs. 5 und 6 wurden die Abs. 4 und 5 durch Art. 1 des Gesetzes zum Inkraftsetzen der 2. Stufe der Pflegeversicherung vom 31. Mai 1996 (BGBl. I S. 718); Inkrafttreten: 8. 6. 1996. Der bisherige Abs. 4 lautete:

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

²⁾ Abs. 1 Satz 2 wurde angefügt durch Art. 10 des Gesetzes zur Reform der Arbeitsförderung vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594); Inkrafttreten: 1. 1. 1998.

³⁾ § 58 wurde durch Art. 6 des Zweiten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 23. Dezember 2002 (BGBl. I S. 4621) ab 1. 4. 2003 wie folgt geändert:

- Abs. 3 Satz 3 wurde neu gefasst. Bisherige Fassung:

Im übrigen findet Absatz 1 Anwendung.

- Dem Abs. 5 wurde ein Satz 2 angefügt.

⁴⁾ In Abs. 5 Satz 1 wurde die Angabe „Abs. 2 und 3“ durch die Angabe „Abs. 2“ ersetzt durch Art. 7 des Gesetzes zur Änderung des Sozialgesetzbuches und anderer Gesetze vom 24. Juli 2003 (BGBl. I S. 1526); In-Kraft-Treten: 1. 8. 2003.

§ 59

Beitragstragung bei anderen Mitgliedern

(1) Für die nach § 20 Abs. 1 Nr. 2 bis 11 versicherten Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, gelten für die Tragung der Beiträge § 250 Abs. 1 und § 251 des Fünften Buches sowie³⁾ § 48 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte³⁾ entsprechend; die Beiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung sind von dem Mitglied allein zu tragen⁷⁾. Bei Beziehern einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte, die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 versichert sind, und bei Beziehern von Produktionsaufgaberente oder Ausgleichsgeld, die nach § 14 Abs. 4 des Gesetzes zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit versichert sind, werden die Beiträge aus diesen Leistungen von den Beziehern der Leistung allein getragen¹⁷⁾.

(2) Die Beiträge für Bezieher von Krankengeld werden von den Leistungsbeziehern und den Krankenkassen je zur Hälfte getragen, soweit sie auf das Krankengeld entfallen und dieses nicht in Höhe der Leistungen der Bundesagentur⁶⁾ für Arbeit zu zahlen ist, im übrigen von den Krankenkassen; die Beiträge werden auch dann von den Krankenkassen getragen, wenn das dem Krankengeld zugrundeliegende monatliche Arbeitsentgelt ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nicht übersteigt⁴⁾.

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

(4) Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, sowie Mitglieder, deren Mitgliedschaft nach § 49 Abs. 2 Satz 1 erhalten bleibt oder nach den §§ 26 und 26a freiwillig versichert sind⁵⁾, und die nach § 21 Nr. 6 versicherten Soldaten auf Zeit tragen den Beitrag allein. Abweichend von Satz 1 werden

1. die auf Grund des Bezuges von Verletztengeld, Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld zu zahlenden Beiträge von dem zuständigen Rehabilitationsträger,

2. die Beiträge für satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen einschließlich der Beiträge bei einer Weiterversicherung nach § 26 von der Gemeinschaft

allein getragen²⁾.

¹⁾ Abs. 1 Satz 2 (vgl. hierzu Fußnote 7) wurde neu gefaßt durch Art. 6 des Agrarsozialreformgesetzes 1995 vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890); Inkrafttreten: 1. 1. 1995. Bisherige Fassung:

Bei Beziehern einer laufenden Geldleistung nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte und dem Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit werden die Beiträge von den Beziehern der Leistung und der Alterskasse je zur Hälfte getragen.

²⁾ Abs. 4 Satz 2 wurde neu gefaßt durch Art. 4 des Gesetzes zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 15. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1824); Inkrafttreten: 1. 1. 1995. Bisherige Fassung:

Abweichend von Satz 1 werden für satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und ähnliche Personen die Beiträge auch bei einer Weiterversicherung nach § 26 von der Gemeinschaft allein getragen.

³⁾ In Abs. 1 Satz 1 wurden nach den Worten „des Fünften Buches“ das Komma durch das Wort „sowie“ ersetzt und nach dem Wort „Landwirte“ die Worte „sowie § 157 Abs. 1 und § 163 Abs. 2 des Arbeitsförderungsgesetzes“ gestrichen durch Art. 10 des Gesetzes zur Reform der Arbeitsförderung vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594); Inkrafttreten: 1. 1. 1998.

⁴⁾ In Abs. 2 wurde nach dem Wort „übersteigt“ der letzte Halbsatz gestrichen durch Art. 7 des Rentenreformgesetzes 1999 vom 16. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2998); Inkrafttreten der Streichung: 1. 1. 1998. Bisherige Fassung:

...; solange ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße den Betrag von 610 Deutsche Mark unterschreitet, ist dieser Betrag maßgebend.

⁵⁾ In Abs. 4 Satz 1 wurden die Worte „die nach § 26 weiterversichert sind“ durch die Worte „nach den §§ 26 und 26a freiwillig versichert sind“ ersetzt durch Art. 1 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

⁶⁾ In Abs. 2 wurde das Wort „Bundesanstalt“ durch das Wort „Bundesagentur“ ersetzt durch Art. 10 des Dritten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 23. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2848). In-Kraft-Treten: 1. 1. 2004.

⁷⁾ Abs. 1 wurde durch Art. 6 des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3013) wie folgt geändert:

- In Satz 1 wurden die Angabe „249a,“ gestrichen, der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und der letzte Halbsatz angefügt.
- Satz 2 wurde neu gefasst.

In-Kraft-Treten: 1. 4. 2004. Bisherige Fassung von Satz 2:

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

§ 60

Beitragszahlung

(1) Soweit gesetzlich nichts Abweichendes bestimmt ist, sind die Beiträge von demjenigen zu zahlen, der sie zu tragen hat. Die § 252 Satz 2, §§ 253 bis 256 des Fünften Buches²⁾ und § 50 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gelten entsprechend. Die aus einer Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte und einer laufenden Geldleistung nach¹⁾ dem Gesetz zur Förderung der Einstellung der landwirtschaftlichen Erwerbstätigkeit zu entrichtenden Beiträge werden von der Alterskasse gezahlt; § 28g Satz 1 des Vierten Buches gilt entsprechend.

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

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

(4) Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte leitet alle Pflegeversicherungsbeiträge aus Rentenleistungen einschließlich der Beitragszahlungen der Arbeiterrentenversicherung am fünften Arbeitstag des Monats, der dem Monat folgt, in dem die Rente fällig war¹⁾ an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) weiter.³⁾ Werden Rentenleistungen am letzten Bankarbeitstag des Monats ausgezahlt, der dem Monat vorausgeht, in dem sie fällig werden (§ 272a des Sechsten Buches), leitet die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte die darauf entfallenden Pflegeversicherungsbeiträge am fünften Arbeitstag des laufenden Monats an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung weiter.⁴⁾

¹⁾ In Abs. 1 Satz 3 wurden die Worte „laufenden Geldleistung nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte und“ durch die Worte „Rente nach dem ... laufenden Geldleistung nach“ ersetzt durch Art. 6 des Agrarsozialreformgesetzes 1995 vom 29. Juli 1994 (BGBl. I S. 1890); Inkrafttreten: 1. 1. 1995.

²⁾ In Abs. 1 Satz 2 wurde die Angabe „§§ 253 bis 256 des Fünften Buches“ durch die Angabe „§ 252 Satz 2, §§ 253 bis 256 des Fünften Buches“ ersetzt durch Art. 10 des Gesetzes zur Reform der Arbeitsförderung vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594); Inkrafttreten: 1. 1. 1998.

³⁾ Abs. 4 wurde angefügt durch Art. 12 des HZvNG vom 21. Juni 2002 (BGBl. I S. 2167); In-Kraft-Treten: 29. 3. 2002.

⁴⁾ In Abs. 4 wurden die Worte „des laufenden Monats“ durch die Worte „des Monats, der dem Monat folgt, in dem die Rente fällig war“ ersetzt und Satz 2 angefügt durch Art. 4 des Dritten Gesetzes zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3019). In-Kraft-Treten: 1. 3. 2004.

ZWEITER ABSCHNITT

Beitragszuschüsse

§ 61

Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Privatversicherte

(1) Beschäftigte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sind, erhalten unter den Voraussetzungen des § 58 von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuß, der in der Höhe begrenzt ist, auf den Betrag, der als Arbeitgeberanteil nach § 58 zu zahlen wäre. Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilmäßig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld nach dem Dritten Buch beziehen, ist zusätzlich zu dem Zuschuß nach Satz 1 die Hälfte des Betrages zu zahlen, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 58 Abs. 1 Satz 2 als Beitrag zu tragen hätte²⁾.

(2) Beschäftigte, die in Erfüllung ihrer Versicherungspflicht nach den §§ 22 und 23 bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen oder Lebenspartner⁴⁾, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten in der sozialen Pflegeversicherung

nach § 25 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die nach Art und Umfang den Leistungen dieses Buches gleichwertig sind, erhalten unter den Voraussetzungen des § 58 von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuß. Der Zuschuß ist in der Höhe begrenzt auf den Betrag, der als Arbeitgeberanteil bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung als Beitragsanteil zu zahlen wäre, höchstens jedoch auf die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine private Pflegeversicherung zu zahlen hat. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld oder Winterausfallgeld nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz 1 Satz 3 mit der Maßgabe, daß sie höchstens den Betrag erhalten, den sie tatsächlich zu zahlen haben²⁾. Bestehen innerhalb desselben Zeitraumes mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.

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

(4) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuß nach Absatz 1 oder 2 hatten, sowie für Bezieher von Leistungen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 des Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetzes und Bezieher einer Übergangsversorgung nach § 7 des Tarifvertrages über einen sozialverträglichen Personalabbau im Bereich des Bundesministeriums der Verteidigung³⁾ vom 30. November 1991 bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuß trägt die Hälfte des Beitrags, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld als versicherungspflichtig Beschäftigter zu zahlen hätte, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den er zu zahlen hat. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(5) Die in § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, 7 oder 8 genannten Personen³⁾, für die nach § 23 Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung besteht, erhalten vom zuständigen Leistungsträger einen Zuschuß zu ihrem privaten Pflegeversicherungsbeitrag. Als Zuschuß ist der Betrag zu zahlen, der von dem Leistungsträger als Beitrag bei Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung zu zahlen wäre, höchstens jedoch der Betrag, der an das private Versicherungsunternehmen zu zahlen ist.

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

1. die Pflegeversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
3. die Pflegeversicherung nur zusammen mit der Krankenversicherung, nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Berechtigte den Zuschuss erhalten, nur für die Kranken- und Pflegeversicherung verwendet³⁾.

(7) Das Krankenversicherungsunternehmen hat dem Versicherungsnehmer eine Bescheinigung darüber auszuhandigen, daß ihm die Aufsichtsbehörde bestätigt hat, daß es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Absatz 6 genannten Voraussetzungen betreibt. Der Versicherungsnehmer hat diese Bescheinigung dem zur Zahlung des Beitragszuschusses Verpflichteten jeweils nach Ablauf von drei Jahren³⁾ vorzulegen.

(8) Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben und bei einem privaten Versicherungsunternehmen pflegeversichert sind, sowie Personen, für die der halbe Beitragssatz nach § 55 Abs. 1 Satz 2 gilt, haben gegenüber dem Arbeitgeber oder Dienstherrn, der die Beihilfe und Heilfürsorge

zu Aufwendungen aus Anlaß der Pflege gewährt, keinen Anspruch auf einen Beitragszuschuß¹⁾. Hinsichtlich der Beitragszuschüsse für Abgeordnete, ehemalige Abgeordnete und deren Hinterbliebene wird auf die Bestimmungen in den jeweiligen Abgeordnetengesetzen verwiesen.

¹⁾ Abs. 8 Satz 1 wurde neu gefaßt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996. Bisherige Fassung:

Bei Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben und bei einem privaten Versicherungsunternehmen pflegeversichert sind, tritt an die Stelle des Zuschusses nach Absatz 2 die Beihilfe oder Heilfürsorge des Dienstherrn zu Aufwendungen aus Anlaß der Pflege.

²⁾ Abs. 1 Satz 3 wurde angefügt und Abs. 2 Satz 3 eingefügt durch Art. 10 des Gesetzes zur Reform der Arbeitsförderung vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594); Inkrafttreten: 1. 1. 1998.

³⁾ In Abs. 5 wurden die Worte „Teilnehmer an beruflsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation sowie an Berufsförderung oder Arbeiterprobung“ durch die Worte „Die in ... genannten Personen“ ersetzt, in Abs. 6 Nr. 3 nach dem Wort „betreibt“ die Worte „oder, wenn ... Pflegeversicherung verwendet“ angefügt und in Abs. 7 nach dem Wort „Verpflichteten“ die Worte „jeweils nach Ablauf von drei Jahren“ eingefügt durch Art. 3 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626); Inkrafttreten: 1. 1. 2000 (Änderung in Abs. 5) bzw. 1. 7. 2000 (Änderungen in den Abs. 6 und 7).

⁴⁾ In Abs. 2 Satz 1 wurden nach dem Wort „Angehörigen“ die Worte „oder Lebenspartner“ eingefügt durch Art. 3 § 56 des Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266); Inkrafttreten: 1. 8. 2001.

⁵⁾ In Abs. 4 Satz 1 wurden die Worte „des Bundesministers der Verteidigung“ durch die Worte „des Bundesministeriums der Verteidigung“ ersetzt durch Art. 219 der Siebenten Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785); In-Kraft-Treten: 7. 11. 2001.

DRITTER ABSCHNITT

Verwendung und Verwaltung der Mittel

§ 62

Mittel der Pflegekasse

Die Mittel der Pflegekasse umfassen die Betriebsmittel und die Rücklage.

§ 63

Betriebsmittel

(1) Die Betriebsmittel dürfen nur verwendet werden:

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

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

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

§ 64

Rücklage

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

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

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

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

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

VIERTER ABSCHNITT **Ausgleichsfonds, Finanzausgleich**

§ 65

Ausgleichsfonds

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

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

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

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

§ 66

Finanzausgleich

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

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

§ 67

Monatlicher Ausgleich

(1) Jede Pflegekasse ermittelt bis zum 15. des Monats

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

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

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

§ 68

Jahresausgleich

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

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

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit¹⁾ und Soziale Sicherung²⁾ kann¹⁾ durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über:

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

regeln.

¹⁾ In Abs. 3 wurden die Worte „Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ durch die Worte „Das Bundesministerium für Gesundheit“ ersetzt und nach dem Wort „kann“ die Worte „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Gesundheit“ gestrichen durch Art. 219 der Siebenten Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785); In-Kraft-Treten: 7. 11. 2001.

²⁾ In Abs. 3 wurden nach den Worten „für Gesundheit“ die Worte „und Soziale Sicherung“ eingefügt durch Art. 212 der Achten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304); In-Kraft-Treten: 28. 11. 2003.

SIEBTES KAPITEL

Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern

ERSTER ABSCHNITT

Allgemeine Grundsätze

§ 69

Sicherstellungsauftrag

Die Pflegekassen haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag). Sie schließen hierzu Versorgungsverträge, Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie Vergütungs-

vereinbarungen¹⁾ mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen (§ 71) und sonstigen Leistungserbringern. Dabei sind die Vielfalt, die Unabhängigkeit und Selbständigkeit sowie das Selbstverständnis der Träger von Pflegeeinrichtungen in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten.

¹⁾ In Satz 2 wurden die Worte „Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen“ durch die Worte „Versorgungsverträge, Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie Vergütungsvereinbarungen“ ersetzt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

§ 70

Beitragssatzstabilität

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

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

ZWEITER ABSCHNITT

Beziehungen zu den Pflegeeinrichtungen

§ 71

Pflegeeinrichtungen

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

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

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

(3) Für die Anerkennung als Pflegekraft im Sinne der Absätze 1 und 2 ist neben dem Abschluß einer Ausbildung als Krankenschwester oder Krankenpfleger, als Kinderkrankenschwester oder Kinderkrankenpfleger nach dem Krankenpflegegesetz oder als Altenpflegerin oder Altenpfleger nach Landesrecht eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre erforderlich. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, gelten auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger sowie Heilerzieherinnen und Heilerzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre als ausgebildete Pflegefachkraft¹⁾. Die Rahmenfrist nach Satz 1 oder 2 beginnt fünf Jahre vor dem Tag, zu dem die verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des Absatzes 1 oder 2 bestellt werden soll³⁾. Diese Rahmenfrist verlängert sich um Zeiten, in denen eine in diesen Vorschriften benannte Fachkraft

1. wegen der Betreuung oder Erziehung eines Kindes nicht erwerbstätig war,
2. als Pflegeperson nach § 19 eine pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich gepflegt hat oder
3. an einem betriebswirtschaftlichen oder pflegewissenschaftlichen Studium oder einem sonstigen Weiterbildungslehrgang in der Kranken-, Alten- oder Heilerziehungspflege teilgenommen hat,

soweit der Studien- oder Lehrgang mit einem nach Bundes- oder Landesrecht anerkannten Abschluss beendet worden ist³⁾.

Die Rahmenfrist darf in keinem Fall acht Jahre überschreiten³⁾.

(4) Stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser sind keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des Absatzes 2.¹⁾²⁾

¹⁾ Die Abs. 3 und 4 wurden angefügt (vgl. hierzu Fußn. 2) durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996.

²⁾ Abs. 4 wurde neu gefasst durch Art. 10 des SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046); Inkraft-Treten: 1. 7. 2001. Bisherige Fassung:

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

³⁾ Dem Abs. 3 wurden die Sätze 3, 4 und 5 angefügt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

§ 72

Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

(1) Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 4 Abs. 2¹⁾) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).

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

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

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

ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages besteht, soweit und solange die Pflegeeinrichtung diese Voraussetzungen erfüllt. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Pflegeeinrichtungen sollen die Versorgungsverträge vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abgeschlossen werden. Bei ambulanten Pflegediensten ist der örtliche Einzugsbereich in den Versorgungsverträgen so festzulegen, daß lange Wege möglichst vermieden werden.

(4) Mit Abschluß des Versorgungsvertrages wird die Pflegeeinrichtung für die Dauer des Vertrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten zugelassen. Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet; dazu gehört bei ambulanten Pflegediensten auch die Durchführung von Pflegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3 auf Anforderung des Pflegebedürftigen¹⁾. Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Leistungen der Pflegeeinrichtung nach Maßgabe des Achten Kapitels zu vergüten.

(5) Ab 1. 1. 2002 gestrichen durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320).^{1,2)}

¹⁾ In Abs. 1 Satz 2 wurde die Angabe „§ 43 Abs. 2“ durch die Angabe „§ 4 Abs. 2“ ersetzt, in Abs. 4 Satz 2 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und der letzte Halbsatz angefügt und Abs. 5 wurde angefügt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996.

²⁾ § 72 wurde ab 1. 1. 2002 durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) wie folgt geändert:

- Abs. 3 Satz 1 erster Halbsatz wurde neu gefasst. Bisherige Fassung:

Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die den Anforderungen des § 71 genügen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten;

- Abs. 5 wurde gestrichen. Bisherige Fassung:

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

§ 73

Abschluß von Versorgungsverträgen

(1) Der Versorgungsvertrag ist schriftlich abzuschließen.

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

(3) Mit Pflegeeinrichtungen, die vor dem 1. Januar 1995 ambulante Pflege, teilstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege auf Grund von Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Pflegeeinrichtung die Anforderungen nach § 72 Abs. 3 Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Pflegekassen dies im Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (§ 72 Abs. 2 Satz 1) bis zum 30. Juni 1995 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen. Satz 1 gilt auch dann nicht, wenn die Pflegeeinrichtung die Anforderungen nach § 72 Abs. 3 Satz 1 offensichtlich nicht erfüllt¹⁾. Die Pflegeeinrichtung hat bis spätestens zum 31. März 1995 die Voraussetzungen für den Bestandschutz nach den Sätzen 1 und 2 durch Vorlage von Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern sowie geeigneter Unterlagen zur Prüfung und Beurteilung der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit gegenüber einem Landesverband der Pflegekassen nachzuweisen. Der Versorgungsvertrag bleibt wirksam, bis er durch einen neuen Versorgungsvertrag abgelöst oder gemäß § 74 gekündigt wird.

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

¹⁾ Abs. 3 Satz 3 wurde eingefügt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996.

§ 74

Kündigung von Versorgungsverträgen

(1) Der Versorgungsvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Pflegekassen jedoch nur, wenn

die zugelassene Pflegeeinrichtung nicht nur vorübergehend eine der Voraussetzungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 nicht oder nicht mehr erfüllt. Vor Kündigung durch die Landesverbände der Pflegekassen ist das Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (§ 72 Abs. 2 Satz 1) herzustellen.

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

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

§ 75

Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen schließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. im Land¹⁾ mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen. Für Pflegeeinrichtungen, die einer Kirche oder Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenverträge auch von der Kirche oder Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Pflegeeinrichtung angehört. Bei Rahmenverträgen über ambulante Pflege sind die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger, bei Rahmenverträgen über stationäre Pflege die überörtlichen Sozialhilfeträger und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger als Vertragspartei am Vertragsschluß zu beteiligen²⁾. Die Rahmenverträge sind für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich.

(2) Die Verträge regeln insbesondere:

1. den Inhalt der Pflegeleistungen sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen,
2. die allgemeinen Bedingungen der Pflege einschließlich der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte,
3. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,
4. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege,
5. Abschläge von der Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit (Krankenhausaufenthalt, Beurlaubung) des Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim,
6. den Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen,
7. die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen¹⁾,
8. die Grundsätze zur Festlegung der örtlichen oder regionalen Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen, um Pflegeleistungen ohne lange Wege möglichst orts- und bürgernah anzubieten.

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

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

2. landesweite Personalrichtwerte

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

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

Die Heimpersonalverordnung bleibt in allen Fällen unberührt.¹⁾

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

(5) Die Verträge nach Absatz 1 können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Satz 1 gilt entsprechend für die von der Schiedsstelle nach Absatz 4¹⁾ getroffenen Regelungen. Diese können auch ohne Kündigung jederzeit durch einen Vertrag nach Absatz 1 ersetzt werden.¹⁾

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

¹⁾ § 75 wurde ab 1. 1. 2002 durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) wie folgt geändert:

- In Abs. 1 Satz 1 wurden nach dem Wort „Krankenversicherung“ die Worte „sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. im Land“ eingefügt.
- In Abs. 2 Nr. 7 wurden nach dem Wort „Wirtschaftlichkeitsprüfungen“ die Worte „einschließlich der Verteilung der Prüfungskosten“ gestrichen.
- Nach Abs. 2 wurde ein neuer Abs. 3 eingefügt.
- Der bisherige Abs. 3 wurde Abs. 4 und neu gefasst. Bisherige Fassung:

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

- Der bisherige Abs. 4 wurde Abs. 5; in Satz 2 wurde die Angabe „Absatz 3“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt.
- Der bisherige Abs. 5 wurde Abs. 6 und neu gefasst. Bisherige Fassung:

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

²⁾ In Abs. 1 Satz 3 wird jeweils das Wort „Sozialhilfeträger“ durch die Worte „Träger der Sozialhilfe“ ersetzt durch Art. 10 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022). In-Kraft-Treten: **1. 1. 2005**.

§ 76

Schiedsstelle

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

(2) Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Der Schiedsstelle gehört auch ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie der überörtlichen Träger der Sozialhilfe im Land an, die auf die Zahl der Vertreter der Pflegekassen angerechnet werden. Die Vertreter der Pflegekassen und deren Stellvertreter werden von den Landesverbänden der Pflegekassen, die Vertreter der Pflegeeinrichtungen und deren Stellvertreter von den Vereinigungen der Träger der Pflegedienste und Pflegeheime im Land bestellt; bei der Bestellung der Vertreter der Pflegeeinrichtungen ist die Trägervielfalt zu beachten. Der Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie durch Los bestimmt. Soweit beteiligte Organisationen keinen Vertreter bestellen oder im Verfahren nach Satz 4 keine Kandidaten für das Amt des Vorsitzenden oder der weiteren unparteiischen Mitglieder benennen, bestellt die zuständige Landesbehörde auf Antrag einer der beteiligten Organisationen die Vertreter und benennt die Kandidaten.

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

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

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

DRITTER ABSCHNITT

Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern

§ 77

Häusliche Pflege durch Einzelpersonen

(1) Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung kann die zuständige Pflegekasse einen Vertrag mit einzelnen geeigneten Pflegekräften schließen, soweit und solange eine Versorgung nicht durch einen zugelassenen Pflegedienst gewährleistet werden kann; Verträge mit Verwandten oder Verschwägerten des Pflegebedürftigen bis zum dritten Grad sowie mit Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben, sind unzulässig¹⁾. In dem Vertrag sind Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vereinbarten Leistungen zu regeln. In dem Vertrag ist weiter zu regeln, daß die Pflegekräfte mit dem Pflegebedürftigen, dem sie Leistungen der häuslichen Pflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erbringen, kein Beschäftigungsverhältnis eingehen dürfen¹⁾. Soweit davon abweichende Verträge geschlossen sind, sind sie zu kündigen¹⁾. Die Sätze 3 und 4 gelten nicht, wenn

1. das Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Mai 1996 bestanden hat und
2. die vor dem 1. Mai 1996 erbrachten Pflegeleistungen von der zuständigen Pflegekasse auf Grund eines von ihr mit der Pflegekraft abgeschlossenen Vertrages vergütet worden sind¹⁾.

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

¹⁾ In Abs. 1 wurden der Satz 1 neu gefaßt und die Sätze 3 bis 5 angefügt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996. Bisherige Fassung von Satz 1:

Zur Gewährung häuslicher Pflege und zur hauswirtschaftlichen Versorgung können die Pflegekassen Verträge mit geeigneten einzelnen Pflegekräften schließen.

§ 78

Verträge über Pflegehilfsmittel

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

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

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

Die Verbände der betroffenen Leistungserbringer sowie die Verbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen²⁾ sind vor Erstellung und Fortschreibung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses anzuhören. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis ist im Bundesanzeiger bekanntzugeben.

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

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

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit³⁾ und Soziale Sicherung⁴⁾ wird ermächtigt, das Pflegehilfsmittelverzeichnis nach Absatz 2 und die Festbeträge nach Absatz 3 durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit³⁾⁴⁾ dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend¹⁾ und mit Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen; § 40 Abs. 5 bleibt unberührt.

¹⁾ In Abs. 5 wurden die Worte „Familie und Senioren“ durch die Worte „Familie, Senioren, Frauen und Jugend“ ersetzt durch Art. 41 der Sechsten Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390); Inkrafttreten: 14. 10. 1997.

²⁾ In Abs. 2 Satz 3 wurde das Wort „Behinderten“ durch die Worte „behinderten Menschen“ ersetzt durch Art. 10 des SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046); In-Kraft-Treten: 1. 7. 2001.

³⁾ In Abs. 5 wurden die Worte „Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ durch die Worte „Das Bundesministerium für Gesundheit“ und die Worte „dem Bundesministerium für Gesundheit“ durch die Worte „dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ ersetzt durch Art. 219 der Siebenten Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785); In-Kraft-Treten: 7. 11. 2001.

⁴⁾ In Abs. 5 erster Halbsatz wurden nach den Worten „für Gesundheit“ die Worte „und Soziale Sicherung“ eingefügt und nach den Worten „im Einvernehmen mit“ die Worte „dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und“ gestrichen durch Art. 212 der Achten Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304); In-Kraft-Treten: 28. 11. 2003.

VIERTER ABSCHNITT

Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätssicherung

§ 79

Wirtschaftlichkeitsprüfungen

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

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

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

§ 80

Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität¹⁾

(1) Die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie unabhängiger Sachverständiger¹⁾ Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist¹⁾. Sie arbeiten dabei mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., den Verbänden der Pflegeberufe sowie den Verbänden der Behinderten und der Pflegebedürftigen eng zusammen¹⁾. Die Vereinbarungen sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen; sie sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.

(2) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 können von jeder Partei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums oder der Kündigungsfrist gilt die Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter.¹⁾

(3) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 innerhalb von zwölf Monaten ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, kann ihr Inhalt durch Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt werden.¹⁾

¹⁾ § 80 wurde ab 1. 1. 2002 durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) wie folgt geändert:

- Die Überschrift wurde neu gefasst. Bisherige Fassung:

Qualitätssicherung

- Abs. 1 wurde wie folgt geändert:

- In Satz 1 wurden nach dem Wort „einheitlich“ die Worte „unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie unabhängiger Sachverständiger“ eingefügt sowie die Worte „das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen“ durch die Worte „die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist“ ersetzt.

- Satz 2 wurde neu gefasst. Bisherige Fassung:

Sie arbeiten dabei mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, den Verbänden der Pflegeberufe und den Verbänden der behinderten Menschen**) eng zusammen.

- Die bisherigen Abs. 2 bis 5 wurden durch die neuen Abs. 2 und 3 ersetzt. Bisherige Fassung:

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

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

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

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

*) In Abs. 5 wurden die Worte „Familie und Senioren“ durch die Worte „Familie, Senioren, Frauen und Jugend“ ersetzt durch Art. 41 der Sechsten Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390); Inkrafttreten: 14. 10. 1997.

**) In Abs. 1 Satz 2 wurde das Wort „Behinderten“ durch die Worte „behinderten Menschen“ ersetzt durch Art. 10 des SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046); In-Kraft-Treten: 1. 7. 2001.

***) In Abs. 5 wurden die Worte „des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung“ durch die Worte „des Bundesministeriums für Gesundheit“ und die Worte „dem Bundesministerium für Gesundheit“ durch die Worte „dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ ersetzt durch Art. 219 der Siebenten Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785); In-Kraft-Treten: 7. 11. 2001.

§ 80a¹⁾

Leistungs- und Qualitätsvereinbarung mit Pflegeheimen

(1) Bei teil- oder vollstationärer Pflege setzt der Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung nach dem Achten Kapitel ab dem 1. Januar 2004 den Nachweis einer wirksamen Leistungs- und Qualitätsvereinbarung durch den Träger des zugelassenen Pflegeheims voraus; für Pflegeeinrichtungen, die erstmals ab dem 1. Januar 2002 zur teil- oder vollstationären Pflege nach § 72 zugelassen werden, gilt dies bereits für den Abschluss der ersten und jeder weiteren Pflegesatzvereinbarung vor dem 1. Januar 2004. Parteien der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung sind die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2.

(2) In der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung sind die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale festzulegen. Dazu gehören insbesondere:

1. die Struktur und die voraussichtliche Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises, gegliedert nach Pflegestufen, besonderem Bedarf an Grundpflege, medizinischer Behandlungspflege oder sozialer Betreuung,
2. Art und Inhalt der Leistungen, die von dem Pflegeheim während des nächsten Pflegesatzzeitraums oder der nächsten Pflegesatzzeiträume (§ 85 Abs. 3) erwartet werden, sowie
3. die personelle und sächliche Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Qualifikation der Mitarbeiter.

Die Festlegungen nach Satz 2 sind für die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 und für die Schiedsstelle als Bemessungsgrundlage für die Pflegesätze und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach dem Achten Kapitel unmittelbar verbindlich.

(3) Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung ist in der Regel zusammen mit der Pflegesatzvereinbarung nach § 85 abzuschließen; sie kann auf Verlangen einer Pflegesatzpartei auch zeitlich unabhängig von der Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen werden. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 innerhalb von sechs Wochen ganz oder teilweise nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Vertragsverhandlungen aufgefordert hat, entscheidet die Schiedsstelle nach § 76 auf Antrag einer Vertragspartei über die Punkte, über die keine Einigung erzielt werden konnte. § 73 Abs. 2 sowie § 85 Abs. 3 Satz 2 bis 4 gelten entsprechend.

(4) Der Träger des Pflegeheims ist verpflichtet, mit dem in der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung als notwendig anerkannten Personal die Versorgung der Heimbewohner jederzeit sicherzustellen. Er hat bei Personalengpässen oder -ausfällen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die Versorgung der Heimbewohner nicht beeinträchtigt wird. Bei unvorhersehbaren wesentlichen Veränderungen in den Belegungs- oder Leistungsstrukturen des Pflegeheims kann jede Vereinbarungspartei eine Neuverhandlung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung verlangen. § 85 Abs. 7 gilt entsprechend.

(5) Auf Verlangen einer Vertragspartei nach Absatz 1 Satz 2 hat der Träger einer Einrichtung in einem Personalabgleich nachzuweisen, dass seine Einrichtung das nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 als notwendig anerkannte und vereinbarte Personal auch tatsächlich bereitstellt und bestimmungsgemäß einsetzt.

¹⁾ § 80a wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (geändert durch Art. 4 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 – BGBl. I S. 3728 –) vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

§ 81

Verfahrensregelungen

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52) erfüllen die ihnen nach dem Siebten und Achten Kapitel zugewiesenen Aufgaben gemeinsam. Kommt eine Einigung ganz oder teilweise nicht zustande, gilt § 213 Abs. 2 des Fünften Buches entsprechend.¹⁾

(2) Bei Entscheidungen, die von den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger oder den überörtlichen Sozialhilfeträgern gemeinsam zu treffen sind, werden die Arbeitsgemeinschaften oder die überörtlichen Träger mit zwei Vertretern an der Beschlussfassung nach Absatz 1 in Verbindung mit § 213 Abs. 2 des Fünften Buches beteiligt.²⁾ Kommt bei zwei Beschlussfassungen nacheinander eine Einigung mit den Vertretern der Sozialhilfeträger nicht zustande, kann jeder Beteiligte nach Satz 1 die Entscheidung des Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle nach § 76 verlangen.²⁾ Sie entscheiden für alle Beteiligten verbindlich über die streitbefangenen Punkte unter Ausschluss des Rechtswegs. Die Kosten des Verfahrens nach Satz 2 und das Honorar des Vorsitzenden sind von allen Beteiligten anteilig zu tragen.¹⁾

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für die den Spitzenverbänden der Pflegekassen (§ 53) nach dem Siebten Kapitel zugewiesenen Aufgaben entsprechend mit der Maßgabe, dass bei Nichteinigung ein Schiedsstellenvorsitzender zur Entscheidung von den Beteiligten einvernehmlich auszuwählen ist.¹⁾

¹⁾ Abs. 1 Satz 3 wurde aufgehoben, Abs. 2 wurde neu gefasst und Abs. 3 angefügt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002. Bisherige Fassung:

Abs. 1 Satz 3:

Bei Entscheidungen, die von den Landesverbänden der Pflegekassen mit den Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger oder den überörtlichen Sozialhilfeträgern gemeinsam zu treffen sind, werden die Arbeitsgemeinschaften oder die überörtlichen Träger mit zwei Vertretern an der Beschlussfassung nach Satz 1 in Verbindung mit § 213 Abs. 2 des Fünften Buches beteiligt.

Abs. 2:

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

²⁾ Abs. 2 wird durch Art. 10 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) wie folgt geändert:

- In Satz 1 werden das Wort „Sozialhilfeträger“ durch die Worte „Träger der Sozialhilfe“ und das Wort „Sozialhilfeträgern“ durch die Worte „Trägern der Sozialhilfe“ ersetzt.
- In Satz 2 wird das Wort „Sozialhilfeträger“ durch die Worte „Träger der Sozialhilfe“ ersetzt.

In-Kraft-Treten: **1. 1. 2005.**

ACHTES KAPITEL

Pflegevergütung

ERSTER ABSCHNITT

Allgemeine Vorschriften

§ 82

Finanzierung der Pflegeeinrichtungen

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

1. eine leistungsgerechte Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen (Pflegevergütung) sowie

2. bei stationärer Pflege ein angemessenes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung.

Die Pflegevergütung umfaßt bei stationärer Pflege auch die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung; sie ist von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen¹⁾. Für Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Pflege hat der Pflegebedürftige selbst aufzukommen.

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

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

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

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

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

¹⁾ Abs. 1 Satz 2 wurde neu gefaßt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996. Bisherige Fassung:

Die Pflegevergütung ist von den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern zu tragen.

²⁾ In Abs. 2 Nr. 3 und Abs. 3 Satz 1 wurden die Worte „Miete, Pacht,“ jeweils durch die Worte „Miet- und Pachtverhältnisse über,“ ersetzt (vgl. hierzu Fußn. 3) durch Art. 7 Abs. 40 des Mietrechtsreformgesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1149); Inkrafttreten: 1. 9. 2001.

³⁾ In Abs. 2 Nr. 3 und Abs. 3 Satz 1 wurden die Worte „Miet- und Pachtverhältnisse über,“ jeweils durch die Worte „Miete, Pacht,“ ersetzt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

§ 82a¹⁾

Ausbildungsvergütung

(1) Ausbildungsvergütung im Sinne dieser Vorschrift ist die Vergütung, die aufgrund von Rechtsvorschriften, Tarifverträgen, entsprechenden allgemeinen Vergütungsregelungen oder aufgrund vertraglicher Vereinbarungen an Personen, die nach Bundes- oder Landesrecht in der Altenpflege oder Altenpflegehilfe ausgebildet werden, während der Dauer ihrer praktischen oder theoretischen Ausbildung zu zahlen ist.

(2) Soweit eine nach diesem Gesetz zugelassene Pflegeeinrichtung nach Bundes- oder Landesrecht zur Ausbildung in der Altenpflege oder Altenpflegehilfe berechtigt oder verpflichtet ist, ist die Ausbildungsvergütung der Personen, die aufgrund eines entsprechenden Ausbildungsvertrages mit der Einrichtung oder ihrem Träger zum Zwecke der Ausbildung in der Einrichtung tätig sind, während der Dauer des Ausbildungsverhältnisses in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 1, § 89) berücksichtigungsfähig. Betreut die Einrichtung auch Personen, die nicht pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind, so ist in der Pflegevergütung nach Satz 1 nur der Anteil an der Gesamtsumme der Ausbildungsvergütungen berücksichtigungsfähig, der bei einer gleichmäßigen Verteilung der Gesamtsumme auf alle betreuten Personen auf die Pflegebedürftigen im Sinne dieses Buches entfällt. Soweit die Ausbildungsvergütung im Pflegegesetz eines zugelassenen Pflegeheimes zu berücksichtigen ist, ist der Anteil, der auf die Pflegebedürftigen im Sinne dieses Buches entfällt, gleichmäßig auf alle pflegebedürftigen Heimbewohner zu verteilen. Satz 1 gilt nicht, soweit

1. die Ausbildungsvergütung oder eine entsprechende Vergütung nach anderen Vorschriften aufgebracht wird oder
2. die Ausbildungsvergütung durch ein landesrechtliches Umlageverfahren nach Absatz 3 finanziert wird.

Die Ausbildungsvergütung ist in der Vergütungsvereinbarung über die allgemeinen Pflegeleistungen gesondert auszuweisen; die §§ 84 bis 86 und 89 gelten entsprechend.

(3) Wird die Ausbildungsvergütung ganz oder teilweise durch ein landesrechtliches Umlageverfahren finanziert, so ist die Umlage in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen nur insoweit berücksichtigungsfähig, als sie auf der Grundlage nachfolgender Berechnungsgrundsätze ermittelt wird:

1. Die Kosten der Ausbildungsvergütung werden nach einheitlichen Grundsätzen gleichmäßig auf alle zugelassenen ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen und die Altenheime im Land verteilt. Bei der Bemessung und Verteilung der Umlage ist sicherzustellen, daß der Verteilungsmaßstab nicht einseitig zu Lasten der zugelassenen Pflegeeinrichtungen gewichtet ist. Im übrigen gilt Absatz 2 Satz 2 und 3 entsprechend.
2. Die Gesamthöhe der Umlage darf den voraussichtlichen Mittelbedarf zur Finanzierung eines angemessenen Angebots an Ausbildungsplätzen nicht überschreiten.
3. Aufwendungen für die Vorhaltung, Instandsetzung oder Instandhaltung von Ausbildungsstätten (§§ 9, 82 Abs. 2 bis 4), für deren laufende Betriebskosten (Personal- und Sachkosten) sowie für die Verwaltungskosten der nach Landesrecht für das Umlageverfahren zuständigen Stelle bleiben unberücksichtigt.

(4) Die Höhe der Umlage nach Absatz 3 sowie ihre Berechnungsfaktoren sind von der dafür nach Landesrecht zuständigen Stelle den Landesverbänden der Pflegekassen rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen mitzuteilen. Es genügt die Mitteilung an einen Landesverband; dieser leitet die Mitteilung unverzüglich an die übrigen Landesverbände und an die zuständigen Träger der Sozialhilfe weiter. Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen den nach Satz 1 Beteiligten über die ordnungsgemäße Bemessung und die Höhe des von den zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu zahlenden Anteils an der Umlage entscheidet die Schiedsstelle nach § 76 unter Ausschluß des Rechtsweges. Die Entscheidung ist für alle Beteiligten nach Satz 1 sowie für die Parteien der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel verbindlich; § 85 Abs. 5 Satz 1 und 2, erster Halbsatz, sowie Abs. 6 gilt entsprechend.

¹⁾ § 82a wurde eingefügt durch Art. 1 des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) und anderer Gesetze vom 29. Mai 1998 (BGBl. I S. 1188); Inkrafttreten: 1. 1. 1998.

§ 83

Verordnung zur Regelung der Pflegevergütung

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

1. die Pflegevergütung der Pflegeeinrichtungen einschließlich der Verfahrensregelungen zu ihrer Vereinbarung nach diesem Kapitel,
2. den Inhalt der Pflegeleistungen sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4), den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) und den Zusatzleistungen (§ 88),
3. die Rechnungs- und Buchführungsvorschriften der Pflegeeinrichtungen einschließlich einer Kosten- und Leistungsrechnung; bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen, die neben den Leistungen nach diesem Buch auch andere Sozialleistungen im Sinne des Ersten Buches (gemischte Einrichtung) erbringen, kann der Anwendungsbereich der Verordnung auf den Gesamtbetrieb erstreckt werden,¹⁾
4. Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag (§ 72 Abs. 1) orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,
5. die nähere Abgrenzung der Leistungsaufwendungen nach Nummer 2 von den Investitionsaufwendungen und sonstigen Aufwendungen nach § 82 Abs. 2.

§ 90 bleibt unberührt.

(2) Nach Erlass der Rechtsverordnung sind Rahmenverträge und Schiedsstellenregelungen nach § 75 zu den von der Verordnung erfassten Regelungsbereichen nicht mehr zulässig.¹⁾

¹⁾ Abs. 1 Nr. 3 und Abs. 2 wurden neu gefasst durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002. Bisherige Fassung:

Abs. 1 Nr. 3:

3. die Rechnungs- und Buchführungsvorschriften der Pflegeeinrichtungen,

Abs. 2:

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

1. ein Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 2 innerhalb der Fristen des § 75 Abs. 3 oder
2. eine Schiedsstellenregelung nach § 75 Abs. 3 innerhalb von sechs Monaten nach Ablauf dieser Fristen

ganz oder teilweise nicht oder nicht in dem für eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten erforderlichen Umfang zustande kommen. Nach Erlass der Rechtsverordnung sind ein Rahmenvertrag oder eine Schiedsstellenregelung zu den von der Verordnung erfaßten Regelungsbereichen nicht mehr zulässig.

ZWEITER ABSCHNITT

Vergütung der stationären Pflegeleistungen

§ 84

Bemessungsgrundsätze

(1) Pflegesätze sind die Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die voll- oder teilstationären Pflegeleistungen des Pflegeheimes sowie für medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung¹⁾.

(2) Die Pflegesätze müssen leistungsgerecht sein. Sie sind nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, in drei Pflegeklas-

sen einzuteilen. Bei der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen sind die Pflegestufen gemäß § 15 zugrunde zu legen, soweit nicht nach der gemeinsamen Beurteilung des Medizinischen Dienstes und der Pflegeleitung des Pflegeheimes die Zuordnung zu einer anderen Pflegeklasse notwendig oder ausreichend ist. Die Pflegesätze müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Überschüsse verbleiben dem Pflegeheim; Verluste sind von ihm zu tragen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten.

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

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

¹⁾ In Abs. 1 wurden nach dem Wort „Pflegeheimes“ die Worte „sowie für medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung“ angefügt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996.

§ 85

Pflegesatzverfahren

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

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

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger oder von ihnen allein oder gemeinsam gebildete Arbeitsgemeinschaften sowie
2. der für den Sitz des Pflegeheimes zuständige (örtliche oder überörtliche) Träger der Sozialhilfe, soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen jeweils mehr als fünf vom Hundert der Berechnungstage des Pflegeheimes entfallen. Die Pflegesatzvereinbarung ist für jedes zugelassene Pflegeheim gesondert abzuschließen; § 86 Abs. 2 bleibt unberührt. Die Vereinigungen der Pflegeheime im Land, die Landesverbände der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. im Land können sich am Pflegesatzverfahren beteiligen¹⁾.

(3) Die Pflegesatzvereinbarung ist im voraus, vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode des Pflegeheimes, für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) zu treffen. Das Pflegeheim hat Art, Inhalt, Umfang und Kosten der Leistungen, für die es eine Vergütung beansprucht, durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Nachweise rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen darzulegen¹⁾; es hat außerdem die schriftliche Stellungnahme des Heimbeirats oder des Heimförsprechers nach § 7 Abs. 4 des Heimgesetzes beizufügen²⁾. Soweit dies zur Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall erforderlich ist, hat das Pflegeheim auf Verlangen einer Vertragspartei zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen¹⁾. Hierzu gehören auch pflegesatzerhebliche Angaben zum Jahresabschluß nach der Pflege-Buchführungsverordnung, zur personellen und sachlichen Ausstattung des Pflegeheimes einschließlich der Kosten sowie zur tatsächlichen Stellenbesetzung und Eingruppierung¹⁾. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren¹⁾.

(4) Die Pflegesatzvereinbarung kommt durch Einigung zwischen dem Träger des Pflegeheimes und der Mehrheit der Kostenträger nach Absatz 2 Satz 1 zustande, die an der Pflegesatzverhandlung teilgenommen haben. Sie ist schriftlich abzuschließen. Soweit Vertragsparteien sich

bei den Pflegesatzverhandlungen durch Dritte vertreten lassen, haben diese vor Verhandlungsbeginn den übrigen Vertragsparteien eine schriftliche Verhandlungs- und Abschlußvollmacht vorzulegen.

(5) Kommt eine Pflegesatzvereinbarung innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 76 auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich fest. Satz 1 gilt auch, soweit der nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 zuständige Träger der Sozialhilfe der Pflegesatzvereinbarung innerhalb von zwei Wochen nach Vertragsschluß widerspricht; der Sozialhilfeträger³⁾ kann im voraus verlangen, daß an Stelle der gesamten Schiedsstelle nur der Vorsitzende und die beiden weiteren unparteiischen Mitglieder oder nur der Vorsitzende allein entscheiden¹⁾. Gegen die Festsetzung ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

(6) Pflegesatzvereinbarungen sowie Schiedsstellenentscheidungen nach Absatz 5 Satz 1 oder 2 treten zu dem darin bestimmten Zeitpunkt in Kraft; sie sind für das Pflegeheim sowie für die in dem Heim versorgten Pflegebedürftigen und deren Kostenträger unmittelbar verbindlich¹⁾. Ein rückwirkendes Inkrafttreten von Pflegesätzen ist nicht zulässig. Nach Ablauf des Pflegesatzzeitraums gelten die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze bis zum Inkrafttreten neuer Pflegesätze weiter.

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

¹⁾ Abs. 2 wurde neu gefaßt, in Abs. 3 wurden die Sätze 2 bis 4 durch die neuen Sätze 2 bis 5 ersetzt, Abs. 5 Satz 2 wurde eingefügt und Abs. 6 Satz 1 neu gefaßt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996. Bisherige Fassungen:

Abs. 2:

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

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

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

Abs. 3 Satz 2 bis 4:

Das Pflegeheim hat auf Verlangen einer Vertragspartei Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, für die eine Vergütung beansprucht, durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Leistungsnachweise darzulegen. Hierzu gehören auch Angaben zur personellen und sachlichen Ausstattung des Pflegeheimes, soweit sie zur Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall erforderlich sind. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

Abs. 6 Satz 1:

Pflegesatzvereinbarungen und Schiedsstellenentscheidungen treten zu dem darin bestimmten Zeitpunkt in Kraft.

²⁾ In Abs. 3 Satz 2 wurde der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und der nachfolgende Halbsatz angefügt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

³⁾ In Abs. 5 Satz 2 wird das Wort „Sozialhilfeträger“ durch die Worte „Träger der Sozialhilfe“ ersetzt durch Art. 10 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022). In-Kraft-Treten: **1. 1. 2005**.

§ 86

Pflegesatzkommission

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

(2) Für Pflegeheime, die in derselben kreisfreien Gemeinde oder in demselben Landkreis liegen, kann die Pflegesatzkommission mit Zustimmung der betroffenen Pflegeheimträger für die gleichen Leistungen einheitliche Pflegesätze vereinbaren. Die beteiligten Pflegeheime sind befugt, ihre Leistungen unterhalb der nach Satz 1 vereinbarten Pflegesätze anzubieten¹⁾.

(3) Die Pflegesatzkommission oder die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 können auch Rahmenvereinbarungen abschließen, die insbesondere ihre Rechte und Pflichten, die Vorbereitung, den Beginn und das Verfahren der Pflegesatzverhandlungen sowie Art, Umfang und Zeitpunkt der vom Pflegeheim vorzulegenden Leistungsnachweise und sonstigen Verhandlungsunterlagen näher bestimmen. Satz 1 gilt nicht, soweit für das Pflegeheim verbindliche Regelungen nach § 75 getroffen worden sind.

¹⁾ Abs. 2 wurde neu gefaßt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996. Bisherige Fassung:

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

§ 87

Unterkunft und Verpflegung

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

§ 87a¹⁾

Berechnung und Zahlung des Heimentgelts

(1) Die Pflegesätze, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten (Gesamtheimentgelt) werden für den Tag der Aufnahme des Pflegebedürftigen in das Pflegeheim sowie für jeden weiteren Tag des Heimaufenthalts berechnet (Berechnungstag). Die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger endet mit dem Tag, an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt. Zieht ein Pflegebedürftiger in ein anderes Heim um, darf nur das aufnehmende Pflegeheim ein Gesamtheimentgelt für den Verlegungstag berechnen. Von den Sätzen 1 bis 3 abweichende Vereinbarungen zwischen dem Pflegeheim und dem Heimbewohner oder dessen Kostenträger sind nichtig.

(2) Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass der pflegebedürftige Heimbewohner auf Grund der Entwicklung seines Zustands einer höheren Pflegestufe zuzuordnen ist, so ist er auf schriftliche Anforderung des Heimträgers verpflichtet, bei seiner Pflegekasse die Zuordnung zu einer höheren

Pflegestufe zu beantragen. Die Aufforderung ist zu begründen und auch der Pflegekasse sowie bei Sozialhilfeempfängern dem zuständigen Sozialhilfeträger zuzuleiten.²⁾ Weigert sich der Heimbewohner, den Antrag zu stellen, kann der Heimträger ihm oder seinem Kostenträger ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach der Aufforderung vorläufig den Pflegesatz nach der nächsthöheren Pflegeklasse berechnen. Werden die Voraussetzungen für eine höhere Pflegestufe vom Medizinischen Dienst nicht bestätigt und lehnt die Pflegekasse eine Höherstufung deswegen ab, hat das Pflegeheim dem Pflegebedürftigen den überzahlten Betrag unverzüglich zurückzuzahlen; der Rückzahlungsbetrag ist rückwirkend ab dem in Satz 3 genannten Zeitpunkt mit wenigstens 5 vom Hundert zu verzinsen.

(3) Die dem pflegebedürftigen Heimbewohner nach den §§ 41 bis 43 zustehenden Leistungsbeiträge sind von seiner Pflegekasse mit befreiender Wirkung unmittelbar an das Pflegeheim zu zahlen. Maßgebend für die Höhe des zu zahlenden Leistungsbeitrags ist der Leistungsbescheid der Pflegekasse, unabhängig davon, ob der Bescheid bestandskräftig ist oder nicht. Die von den Pflegekassen zu zahlenden Leistungsbeiträge werden zum 15. eines jeden Monats fällig.

¹⁾ § 87a wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (geändert durch Art. 4 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 – BGBl. I S. 3728 –) vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

²⁾ In Abs. 2 Satz 2 wird das Wort „Sozialhilfeträger“ durch die Worte „Träger der Sozialhilfe“ ersetzt durch Art. 10 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022). In-Kraft-Treten: 1. 1. 2005.

§ 88

Zusatzleistungen

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

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

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

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

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

DRITTER ABSCHNITT

Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen

§ 89

Grundsätze für die Vergütungsregelung

(1) Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung wird, soweit nicht die Gebührenordnung nach § 90 Anwendung findet, zwischen dem Träger des

Pflegedienstes und den Leistungsträgern nach Absatz 2 für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Sie muß leistungsgerecht sein. Die Vergütung muß einem Pflegedienst bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen; eine Differenzierung in der Vergütung nach Kostenträgern ist unzulässig.

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

1. die Pflegekassen oder sonstige Sozialversicherungsträger oder von ihnen allein oder gemeinsam gebildete Arbeitsgemeinschaften sowie
2. der für den Sitz des Pflegedienstes zuständige (örtliche oder überörtliche) Träger der Sozialhilfe, soweit auf den jeweiligen Kostenträger oder die Arbeitsgemeinschaft im Jahr vor Beginn der Vergütungsverhandlungen jeweils mehr als fünf vom Hundert der vom Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen entfallen. Die Vergütungsvereinbarung ist für jeden Pflegedienst gesondert abzuschließen¹⁾.

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

¹⁾ Abs. 2 wurde neu gefaßt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996. Bisherige Fassung:

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

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

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

§ 90

Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit²⁾ und Soziale Sicherung³⁾ wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend¹⁾²⁾³⁾ durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Gebührenordnung für die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung der Pflegebedürftigen zu erlassen, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfaßt ist. Die Vergütung muß leistungsgerecht sein, den Bemessungsgrundsätzen nach § 89 entsprechen und hinsichtlich ihrer Höhe regionale Unterschiede berücksichtigen. § 82 Abs. 2 gilt entsprechend. In der Verordnung ist auch das Nähere zur Abrechnung der Vergütung zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten zu regeln.

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

¹⁾ In Abs. 1 Satz 1 wurden die Worte „Familie und Senioren“ durch die Worte „Familie, Senioren, Frauen und Jugend“ ersetzt durch Art. 41 der Sechsten Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390); Inkrafttreten: 14. 10. 1997.

²⁾ In Abs. 1 Satz 1 wurden die Worte „Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ durch die Worte „Das Bundesministerium für Gesundheit“ und die Worte „dem Bundesministerium für Ge-

sundheit“ durch die Worte „dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ ersetzt durch Art. 219 der Siebenten Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785); In-Kraft-Treten: 7. 11. 2001.

³⁾ In Abs. 1 Satz 1 wurden nach den Worten „für Gesundheit“ die Worte „und Soziale Sicherung“ eingefügt und nach den Worten „und Jugend“ die Worte „und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ gestrichen durch Art. 212 der Achten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304); In-Kraft-Treten: 28. 11. 2003.

Vierter Abschnitt

Kostenerstattung, Landespflegeausschüsse, Pflegeheimvergleich^{*)}

^{*)} In der Überschrift zum Vierten Abschnitt wurden nach dem Wort „Landespflegeausschüsse“ ein Komma und danach das Wort „Pflegeheimvergleich“ angefügt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

§ 91

Kostenerstattung

(1) Zugelassene Pflegeeinrichtungen, die auf eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach den §§ 85 und 89 verzichten oder mit denen eine solche Regelung nicht zustande kommt, können den Preis für ihre ambulanten oder stationären Leistungen unmittelbar mit den Pflegebedürftigen vereinbaren.

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

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

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

§ 92

Landespflegeausschüsse

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

(2) Der Landespflegeausschuß besteht insbesondere aus Vertretern der Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen einschließlich eines Vertreters des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in gleicher Zahl sowie einem Vertreter der zuständigen Landesbehörde. Dem Ausschuß gehören auch je ein Vertreter der Träger der überörtlichen Sozialhilfe, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der kommunalen Spitzenverbände im Land an. Die Vertreter der Pflegeeinrichtungen und deren Stellvertreter werden unter Beachtung des Grundsatzes der Trägervielfalt von

den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen im Land, die Vertreter der Pflegekassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellt. Die Beteiligten wählen aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden. § 76 Abs. 2 Satz 6 gilt entsprechend.

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

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

§ 92a¹⁾

Pflegeheimvergleich

(1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einen Pflegeheimvergleich anzuordnen, insbesondere mit dem Ziel,

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,
3. die Landesverbände der Pflegekassen bei der Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen (§ 79, Elfte Kapitel),
4. die Vertragsparteien nach § 85 Abs. 2 bei der Bemessung der Vergütungen und Entgelte sowie
5. die Pflegekassen bei der Erstellung der Leistungs- und Preisvergleichslisten (§ 7 Abs. 3)

zu unterstützen. Die Pflegeheime sind länderbezogen, Einrichtung für Einrichtung, insbesondere hinsichtlich ihrer Leistungs- und Belegungsstrukturen, ihrer Pflegesätze und Entgelte sowie ihrer gesondert berechenbaren Investitionskosten miteinander zu vergleichen.

(2) In der Verordnung nach Absatz 1 sind insbesondere zu regeln:

1. die Organisation und Durchführung des Pflegeheimvergleichs durch eine oder mehrere von den Spitzen- oder Landesverbänden der Pflegekassen gemeinsam beauftragte Stellen,
2. die Finanzierung des Pflegeheimvergleichs aus Verwaltungsmitteln der Pflegekassen,
3. die Erhebung der vergleichsnotwendigen Daten einschließlich ihrer Verarbeitung.

(3) Zur Ermittlung der Vergleichsdaten ist vorrangig auf die verfügbaren Daten aus den Versorgungsverträgen, den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie den Pflegesatz- und Entgeltvereinbarungen über

1. die Versorgungsstrukturen einschließlich der personellen und sächlichen Ausstattung,
2. die Leistungen, Pflegesätze und sonstigen Entgelte der Pflegeheime

und auf die Daten aus den Vereinbarungen über Zusatzleistungen zurückzugreifen. Soweit dies für die Zwecke des Pflegeheimvergleichs erforderlich ist, haben die Pflegeheime der mit der Durchführung des Pflegeheimvergleichs beauftragten Stelle auf Verlangen zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen, insbesondere auch über die von ihnen gesondert berechneten Investitionskosten (§ 82 Abs. 3 und 4).

(4) Durch die Verordnung nach Absatz 1 ist sicherzustellen, dass die Vergleichsdaten

1. den zuständigen Landesbehörden,
2. den Vereinigungen der Pflegeheimträger im Land,
3. den Landesverbänden der Pflegekassen,

4. dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung,
5. dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. im Land sowie
6. den nach Landesrecht zuständigen Trägern der Sozialhilfe

zugänglich gemacht werden. Die Beteiligten nach Satz 1 sind befugt, die Vergleichsdaten ihren Verbänden oder Vereinigungen auf Bundesebene zu übermitteln; die Landesverbände der Pflegekassen sind verpflichtet, die für Prüfzwecke erforderlichen Vergleichsdaten den von ihnen zur Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen bestellten Sachverständigen (§ 79 Abs. 1, § 112 Abs. 3) sowie auf Verlangen den unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen nach § 113 zugänglich zu machen.

(5) 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 und die Vereinigungen der Träger der Pflegeheime 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.

(6) Die Spitzen- oder 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 Ergebnisse des ersten länderbezogenen Pflegeheimvergleichs sind den Beteiligten nach Absatz 4 spätestens zum 31. Dezember 2003 vorzulegen. Die Bundesregierung wird ermächtigt, frühestens zum 1. Januar 2006 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einen länderbezogenen Vergleich über die zugelassenen Pflegedienste (Pflegedienstvergleich) in entsprechender Anwendung der vorstehenden Absätze anzuordnen.

¹⁾ § 92a wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

NEUNTES KAPITEL Datenschutz und Statistik

ERSTER ABSCHNITT Informationsgrundlagen

ERSTER TITEL Grundsätze der Datenverwendung

§ 93¹⁾

Anzuwendende Vorschriften

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

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 6. 1994.

§ 94¹⁾

Personenbezogene Daten bei den Pflegekassen

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

1. die Feststellung des Versicherungsverhältnisses (§§ 20 bis 26) und der Mitgliedschaft (§ 49),
 2. die Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung (§§ 54 bis 61),
 3. die Prüfung der Leistungspflicht und die Gewährung von Leistungen an Versicherte (§§ 4 und 28),
 4. die Beteiligung des Medizinischen Dienstes (§§ 18 und 40),
 5. die Abrechnung mit den Leistungserbringern und die Kostenerstattung (§§ 84 bis 91 und 105),
 6. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung (§§ 79, 80, 112 bis 115, 117 und 118)³⁾,
 - 6a. den Abschluss und die Durchführung von Pflegesatzvereinbarungen (§§ 85, 86), Vergütungsvereinbarungen (§ 89) sowie Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (§ 80a),³⁾
 7. die Beratung über Leistungen der Prävention und Teilhabe sowie über die Leistungen und Hilfen zur Pflege (§ 7),²⁾
 8. die Koordinierung pflegerischer Hilfen (§ 12),
 9. die Abrechnung mit anderen Leistungsträgern,
 10. statistische Zwecke (§ 109)
- erforderlich ist.

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

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

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 6. 1994.

²⁾ Abs. 1 Nr. 7 wurde neu gefasst durch Art. 10 des SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046); In-Kraft-Treten: 1. 7. 2001. Bisherige Fassung:

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

³⁾ In Abs. 1 wurde in Nr. 6 die Klammerangabe neu gefasst und eine Nr. 6a eingefügt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002. Die Klammerangabe in Nr. 6 lautete bisher:

(§§ 79 und 80)

§ 95¹⁾

Personenbezogene Daten bei den Verbänden der Pflegekassen

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

1. die Überwachung der Wirtschaftlichkeit und der Qualitätssicherung der Leistungserbringung (§§ 79, 80, 112 bis 115, 117 und 118)²⁾,

2. den Abschluss und die Durchführung von Versorgungsverträgen (§§ 72 bis 74), Pflegesatzvereinbarungen (§§ 85, 86), Vergütungsvereinbarungen (§ 89) sowie Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (§ 80a),²⁾
3. die Wahrnehmung der ihnen nach §§ 52 und 53 zugewiesenen Aufgaben erforderlich sind.

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

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 6. 1994.

²⁾ In Abs. 1 wurde in Nr. 1 die Klammerangabe und die Nr. 2 neu gefasst durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002. Bisherige Fassung:

Nr. 1 Klammerangabe:

(§§ 79 und 80)

Nr. 2:

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

§ 96¹⁾

Gemeinsame Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten

(1) Die Pflegekassen und die Krankenkassen dürfen personenbezogene Daten, die zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben jeder Stelle erforderlich sind, gemeinsam verarbeiten und nutzen. Insoweit findet § 76 des Zehnten Buches im Verhältnis zwischen der Pflegekasse und der Krankenkasse, bei der sie errichtet ist (§ 46), keine Anwendung.²⁾

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

(3) Die Absätze 1 und 2²⁾ gelten entsprechend für die Verbände der Pflege- und Krankenkassen.²⁾

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 6. 1994.

²⁾ § 96 wurde ab 1. 1. 2002 durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) wie folgt geändert:

- Abs. 1 wurde neu gefasst. Bisherige Fassung:

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

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

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

- Abs. 2 wurde aufgehoben. Bisherige Fassung:

(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.

- Der bisherige Abs. 3 wurde Abs. 2; Satz 2 wurde gestrichen. Bisherige Fassung:

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.

- Der bisherige Abs. 4 wurde Abs. 3; die Angabe „Absätze 1 bis 3“ wurde durch die Angabe „Absätze 1 und 2“ ersetzt.

^{*)} In Abs. 1 Satz 2 wurden die Worte „des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung“ durch die Worte „des Bundesministeriums für Gesundheit“ ersetzt durch Art. 219 der Siebenten Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785); In-Kraft-Treten: 7. 11. 2001.

§ 97¹⁾

Personenbezogene Daten beim Medizinischen Dienst

(1) Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach den §§ 18, 40, 80, 112 bis 115, 117 und 118²⁾ erforderlich ist. Die Daten dürfen für andere Zwecke nur verarbeitet und genutzt werden, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.

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

(3) Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen. § 96 Abs. 2³⁾, § 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 speichern⁴⁾. Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Sozialdaten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen⁴⁾. Der Schlüssel für die Zusammenführung der Daten ist vom Beauftragten für den Datenschutz des Medizinischen Dienstes aufzubewahren und darf anderen Personen nicht zugänglich gemacht werden⁴⁾. Jede Zusammenführung ist zu protokollieren⁴⁾.

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

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 6. 1994.

²⁾ In Abs. 1 wurde die Angabe „§§ 18, 40 und 80“ durch die Angabe „§§ 18, 40, 80, 112 bis 115, 117 und 118“ ersetzt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

³⁾ In Abs. 3 Satz 2 wurde die Angabe „§ 96 Abs. 3 Satz 1“ durch die Angabe „§ 96 Abs. 2“ ersetzt durch Art. 1 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

⁴⁾ In Abs. 3 wurde der bisherige Satz 3 durch die neuen Sätze 3 bis 6 ersetzt durch Art. 7 des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2004. Satz 3 lautete:

Der Medizinische Dienst darf in Dateien nur Angaben zur Person und Hinweise auf bei ihm vorhandene Akten aufnehmen.

§ 97a¹⁾

Qualitätssicherung durch Sachverständige und Prüfstellen

(1) 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. Die Daten sind vertraulich zu behandeln.

(2) § 107 gilt entsprechend.

¹⁾ § 97a wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

§ 97b¹⁾

Personenbezogene Daten bei den Heimaufsichtsbehörden und den Trägern der Sozialhilfe

Die zuständigen Heimaufsichtsbehörden und die zuständigen Träger der Sozialhilfe sind berechtigt, die für Zwecke der Pflegeversicherung nach den §§ 80, 112 bis 115, 117 und 118 erhobenen personenbezogenen Daten zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich ist; § 107 findet entsprechende Anwendung.

¹⁾ § 97b wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

§ 98¹⁾

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.

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 6. 1994.

ZWEITER TITEL

Informationsgrundlagen der Pflegekassen

§ 99¹⁾

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.

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 6. 1994.

§ 100¹⁾

Nachweispflicht bei Familienversicherung

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

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 6. 1994.

§ 101¹⁾

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.

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 6. 1994.

§ 102¹⁾

Angaben über Leistungsvoraussetzungen

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

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 6. 1994.

§ 103¹⁾

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.

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 6. 1994.

ZWEITER ABSCHNITT

Übermittlung von Leistungsdaten

§ 104¹⁾

Pflichten der Leistungserbringer

(1) Die Leistungserbringer sind berechtigt und verpflichtet:

1. im Falle der Überprüfung der Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln (§ 40 Abs. 1),
2. im Falle eines Prüfverfahrens, soweit die Wirtschaftlichkeit oder die Qualität der Leistungen im Einzelfall zu beurteilen sind (§§ 79, 80, 112 bis 115, 117 und 118)²⁾,
- 2a. im Falle des Abschlusses und der Durchführung von Versorgungsverträgen (§§ 72 bis 74), Pflegegesetzvereinbarungen (§§ 85, 86), Vergütungsvereinbarungen (§ 89) und Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (§ 80a),²⁾
3. im Falle der Abrechnung pflegerischer Leistungen (§ 105)

die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen und ihrer Verbände erforderlichen Angaben²⁾ aufzuzeichnen und den Pflegekassen sowie den Verbänden oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen zu übermitteln.

(2) Soweit dies für die in Absatz 1 Nr. 2 und 2a genannten Zwecke erforderlich ist, sind die Leistungserbringer berechtigt, die personenbezogenen Daten auch an die Medizinischen Dienste und die in den §§ 112 bis 115, 117 und 118 genannten Stellen zu übermitteln.²⁾

(3) Trägervereinigungen dürfen personenbezogene Daten verarbeiten und nutzen, soweit dies für ihre Beteiligung an Qualitätsprüfungen oder Maßnahmen der Qualitätssicherung nach diesem Buch erforderlich ist.²⁾

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 6. 1994.

²⁾ § 104 wurde ab 1. 1. 2002 durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320) wie folgt geändert:

- Der bisherige Wortlaut wurde Abs. 1 und wie folgt geändert:
 - In Nr. 2 wurde die Angabe „(§§ 79 und 80)“ durch die Angabe „(§§ 79, 80, 112 bis 115, 117 und 118)“ ersetzt.
 - Nr. 2a wurde eingefügt.
 - Nach den Worten „erforderlichen Angaben“ wurden die Worte „über Versicherungsleistungen“ gestrichen.
- Die Abs. 2 und 3 wurden angefügt.

§ 105¹⁾

Abrechnung pflegerischer Leistungen

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

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

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

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

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 6. 1994.

§ 106¹⁾

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.

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 6. 1994.

§ 106a¹⁾

Mitteilungspflichten

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. Das Formular nach § 37 Abs. 3 Satz 5 wird unter Beteiligung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und des Bundesministeriums für Gesundheit²⁾ und Soziale Sicherung³⁾ erstellt.

¹⁾ § 106a wurde eingefügt durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten: 25. 6. 1996.

²⁾ In Satz 2 wurden die Worte „des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung“ durch die Worte „des Bundesministeriums für Gesundheit“ ersetzt durch Art. 219 der Siebenten Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 29. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2785); In-Kraft-Treten: 7. 11. 2001.

³⁾ In Satz 2 wurden nach den Worten „für Gesundheit“ die Worte „und Soziale Sicherung“ eingefügt durch Art. 212 der Achten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304); In-Kraft-Treten: 28. 11. 2003.

DRITTER ABSCHNITT Datenlöschung, Auskunftspflicht

§ 107¹⁾

Löschen von Daten

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

1. die Daten nach § 102 spätestens nach Ablauf von zehn Jahren,
2. sonstige Daten aus der Abrechnung pflegerischer Leistungen (§ 105), aus Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 79), aus Prüfungen zur Qualitätssicherung (§§ 80, 112 bis 115, 117 und 118) und aus dem Abschluss oder der Durchführung von Verträgen (§§ 72 bis 74, 80a, 85, 86 oder 89) spätestens nach zwei Jahren²⁾

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

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

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 6. 1994.

²⁾ Abs. 1 Nr. 2 wurde neu gefasst durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002. Bisherige Fassung:

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

§ 108¹⁾

Auskünfte an Versicherte

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

¹⁾ Inkrafttreten: 1. 6. 1994.

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 Pflegeein-

richtungen sowie über die häusliche Pflege als Bundesstatistik anzuordnen. Die Bundesstatistik kann folgende Sachverhalte umfassen:

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁾ Abs. 2 Nr. 4 wurde neu gefasst durch Art. 10 des SGB IX vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046); In-Kraft-Treten: 1. 7. 2001. Bisherige Fassung:

4. Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation,

ZEHNTES KAPITEL
Private Pflegeversicherung

§ 110

Regelungen für die private Pflegeversicherung

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

1. mit allen in § 22 und § 23 Abs. 1, 3 und 4 genannten versicherungspflichtigen Personen auf Antrag einen Versicherungsvertrag abzuschließen, der einen Versicherungsschutz in dem in § 23 Abs. 1 und 3 festgelegten Umfang vorsieht (Kontrahierungszwang); dies gilt auch für das nach § 23 Abs. 2 gewählte Versicherungsunternehmen,
 2. in den Verträgen, die Versicherungspflichtige in dem nach § 23 Abs. 1 und 3 vorgeschriebenen Umfang abschließen,
 - a) keinen Ausschluß von Vorerkrankungen der Versicherten,
 - b) keinen Ausschluß bereits pflegebedürftiger Personen,
 - c) keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung (§ 33 Abs. 2),
 - d) keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten,
 - e) keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt, bei Personen, die nach § 23 Abs. 3 einen Teilkostentarif abgeschlossen haben, keine Prämienhöhe, die 50 vom Hundert des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung übersteigt,
 - f) die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt,
 - g) für Ehegatten oder Lebenspartner²⁾ 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 Lebenspartner²⁾ kein Gesamteinkommen hat, das die in § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommensgrenzen¹⁾ 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.

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

1. Kontrahierungszwang,
2. kein Ausschluß von Vorerkrankungen der Versicherten,
3. keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht,
4. keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung,

5. für Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflegeversicherung oder privaten Krankenversicherung verfügen, keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt; Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe e gilt,
6. beitragsfreie Mitversicherung der Kinder des Versicherungsnehmers unter denselben Voraussetzungen, wie in § 25 festgelegt.

(4) Rücktritts- und Kündigungsrechte der Versicherungsunternehmen sind ausgeschlossen, solange der Kontrahierungszwang besteht. Eine freiwillige Versicherung nach § 26a kann unter den Voraussetzungen des § 49 Abs. 3 Satz 2 gekündigt werden³⁾.

¹⁾ In Abs. 1 Nr. 2 Buchst. g wurden die Worte „regelmäßig im Monat ein Siebel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches“ durch die Worte „die in § 25 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 genannten Einkommensgrenzen“ ersetzt durch Art. 3 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626); Inkrafttreten: 1. 1. 2000.

²⁾ In Abs. 1 Nr. 2 Buchst. g wurden nach dem Wort „Ehegatten“ die Worte „oder Lebenspartner“ sowie nach dem Wort „Ehegatte“ die Worte „oder ein Lebenspartner“ eingefügt durch Art. 3 § 56 des Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften vom 16. Februar 2001 (BGBl. I S. 266); Inkrafttreten: 1. 8. 2001.

³⁾ Abs. 4 Satz 2 wurde angefügt durch Art. 1 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

§ 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 § 45c¹⁾ am Ausgleich der Versicherungsrisiken beteiligen und dazu ein Ausgleichssystem schaffen und erhalten, dem sie angehören. Das Ausgleichssystem muß einen dauerhaften, wirksamen Ausgleich der unterschiedlichen Belastungen gewährleisten; es darf den Marktzugang neuer Anbieter der privaten Pflegeversicherung nicht erschweren und muß diesen eine Beteiligung an dem Ausgleichssystem zu gleichen Bedingungen ermöglichen. In diesem System werden die Beiträge ohne die Kosten auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle Unternehmen, die eine private Pflegeversicherung betreiben, ermittelt.

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

¹⁾ In Abs. 1 Satz 1 wurden nach der Angabe „§ 110“ die Worte „sowie zur Aufbringung der Fördermittel nach § 45c“ eingefügt durch Art. 1 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

ELFTES KAPITEL*)

Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen

*) Das neue Elfte Kapitel wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (geändert durch Art. 4 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 – BGBl. I S. 3728 –) vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

§ 112¹⁾

Grundsätze

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

rung 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 § 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.

¹⁾ § 112 wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

§ 113¹⁾

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.

¹⁾ § 113 wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

§ 114¹⁾

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 Sozialhilfeträgers²⁾ 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 Absät-

zen 1 bis 3 beteiligt wird. Ausgenommen ist eine Beteiligung nach Satz 1 oder 2, soweit dadurch die Durchführung einer Prüfung voraussichtlich verzögert wird.

¹⁾ § 114 wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

²⁾ In Abs. 6 Satz 1 wird das Wort „Sozialhilfeträgers“ durch die Worte „Trägers der Sozialhilfe“ ersetzt durch Art. 10 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022). In-Kraft-Treten: **1. 1. 2005**.

§ 115¹⁾

Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

(1) Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung 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 Sozialhilfeträgern sowie bei stationärer Pflege zusätzlich den zuständigen Heimaufsichtsbehörden und bei häuslicher Pflege den zuständigen Pflegekassen zum Zwecke der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben sowie der betroffenen Pflegeeinrichtung mitzuteilen.²⁾ Das Gleiche gilt für die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, die durch sonstige Qualitätsprüfer nach diesem Buch durchgeführt werden. Die Landesverbände der Pflegekassen sind befugt und auf Anforderung verpflichtet, die ihnen nach Satz 1 oder 2 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.

(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 Sozialhilfeträgers²⁾, 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) oder aus der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (§ 80a) 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.

(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) 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. 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.

¹⁾ § 115 wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (geändert durch Art. 4 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 – BGBl. I S. 3728 –) vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

²⁾ § 115 wird ab **1. 1. 2005** durch Art. 10 des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022) wie folgt geändert:

- In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Sozialhilfeträgern“ durch die Worte „Trägern der Sozialhilfe“ ersetzt.
- In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Sozialhilfeträgers“ durch die Worte „Trägers der Sozialhilfe“ ersetzt.

§ 116¹⁾

Kostenregelungen

(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.

(3) 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.

(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.

¹⁾ § 116 wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

§ 117¹⁾

Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung arbeiten mit den Heimaufsichtsbehörden bei der Zulassung und der Überprüfung der Pflegeheime eng zusammen, um ihre wechselseitigen Aufgaben nach diesem Buch und nach dem Heimgesetz insbesondere durch

1. gegenseitige Information und Beratung,
2. Terminabsprachen für eine gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Heimen 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 und der Medizinische Dienst verpflichtet, in den Arbeitsgemeinschaften nach § 20 Abs. 5 des Heimgesetzes mitzuwirken.

(2) 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 Heimaufsichtsbehörden weder eingeschränkt noch erweitert werden.

(3) Zur Verwirklichung der engen Zusammenarbeit sind die Landesverbände der Pflegekassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung berechtigt und auf Anforderung verpflichtet, der zuständigen Heimaufsichtsbehörde die ihnen nach diesem Buch zugänglichen Daten über die Pflegeheime, 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 Pflegeheime, mitzuteilen. Personenbezogene Daten sind vor der Datenübermittlung zu anonymisieren.

(4) Erkenntnisse aus der Prüfung von Pflegeheimen sind vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder von den sonstigen Sachverständigen oder Stellen, die Qualitätsprüfungen nach diesem Buch durchführen, unverzüglich der zuständigen Heimaufsichtsbehörde mitzuteilen, soweit sie zur Vorbereitung und Durchführung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach dem Heimgesetz erforderlich sind. § 115 Abs. 1 Satz 1 und 2 bleibt hiervon unberührt.

(5) Die Pflegekassen und ihre Verbände sowie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung tragen die ihnen durch die Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht entstehenden Kosten. Eine Beteiligung an den Kosten der Heimaufsichtsbehörden oder anderer von der Heimaufsichtsbehörde beteiligter Stellen oder Gremien ist unzulässig.

(6) Durch Anordnungen der Heimaufsichtsbehörde 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 Widerspruch oder die Klage einer Vertragspartei oder eines Beteiligten nach § 85 Abs. 2 gegen die Anordnung hat keine aufschiebende Wirkung.

¹⁾ § 117 wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

§ 118¹⁾

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 und Soziale Sicherung²⁾ und den zuständigen Länderministerien vor.

¹⁾ § 118 wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

²⁾ In Abs. 4 Satz 2 wurden die Worte „dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung“ durch die Worte „dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung“ ersetzt durch Art. 212 der Achten Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304); In-Kraft-Treten: 28. 11. 2003.

§ 119¹⁾

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.

¹⁾ § 119 wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

§ 120¹⁾

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, zu pflegen und hauswirtschaftlich zu versorgen (Pflegevertrag). Bei jeder wesentlichen Veränderung des Zustandes des Pflegebedürftigen hat der Pflegedienst dies der zuständigen Pflegekasse unverzüglich mitzuteilen.

(2) Der Pflegedienst hat dem Pflegebedürftigen und der zuständigen Pflegekasse unverzüglich eine Ausfertigung des Pflegevertrages auszuhändigen. 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.

(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.

(4) Der Anspruch des Pflegedienstes auf Vergütung seiner pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen 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.

¹⁾ § 120 wurde eingefügt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

ZWÖLFTES KAPITEL^{*)}

Bußgeldvorschrift

^{*)} Das bisherige Elfte Kapitel wurde das Zwölfte Kapitel durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

§ 121²⁾

Bußgeldvorschrift

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder leichtfertig

1. der Verpflichtung zum Abschluß oder zur Aufrechterhaltung des privaten Pflegeversicherungsvertrages nach § 23 Abs. 1 Satz 1 und 2 oder § 23 Abs. 4 oder der Verpflichtung zur Aufrechterhaltung des privaten Pflegeversicherungsvertrages nach § 22 Abs. 1 Satz 2 nicht nachkommt,
2. entgegen § 50 Abs. 1 Satz 1, § 51 Abs. 1 Satz 1 und 2, § 51 Abs. 3 oder entgegen Artikel 42 Abs. 4 Satz 1 oder 2 des Pflege-Versicherungsgesetzes eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erstattet,
3. entgegen § 50 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 eine Auskunft nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt oder entgegen § 50 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 eine Änderung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig mitteilt,
4. entgegen § 50 Abs. 3 Satz 2 die erforderlichen Unterlagen nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt,

5. entgegen Artikel 42 Abs. 1 Satz 3 des Pflege-Versicherungsgesetzes den Leistungsumfang seines privaten Versicherungsvertrages nicht oder nicht rechtzeitig anpaßt,
6. mit der Entrichtung von sechs Monatsprämien zur privaten Pflegeversicherung in Verzug gerät.
 - (2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu 2 500 Euro²⁾ geahndet werden.
 - (3) Für die von privaten Versicherungsunternehmen begangenen Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 Nr. 2 ist das Bundesversicherungsamt¹⁾ die Verwaltungsbehörde im Sinne des § 36 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten.

¹⁾ In Abs. 3 wurden nach dem Wort „Bundesversicherungsamt“ das Komma und die Worte „für die Ordnungswidrigkeiten nach Absatz 1 Nr. 1 und 6 ist die Pflegekasse des Wohnortes des Versicherungspflichtigen“ gestrichen durch Art. 1 des Ersten SGB XI-Änderungsgesetzes vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830); Inkrafttreten der Streichung: 1. 1. 1995.

²⁾ Der bisherige § 112 wurde der neue § 121 und die Angabe „5 000 Deutsche Mark“ wurde durch die Angabe „2 500 Euro“ ersetzt durch Art. 1 des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (geändert durch Art. 4 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 – BGBl. I S. 3728 –) vom 9. September 2001 (BGBl. I S. 2320); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.

§ 122¹⁾

Übergangsregelung

§ 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.

¹⁾ § 122 wurde angefügt durch Art. 1 des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3728); In-Kraft-Treten: 1. 1. 2002.